

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 73

SUR

QUELQUES MODES DE TRAITEMENT

DE

L'ÉLÉPHANTIASIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 24 Janvier 1908

PAR

Charles-Marie-René BLANDIN

Né à La Basse-Terre (Guadeloupe), le 11 mai 1881

Elève du Service de Santé de la Marine

Examineurs de la Thèse :	{	MM. DEMONS	professeur	Président
		POUSSON	professeur adj.	} Juges.
		BÉGOUIN	agrégé	
		GUVOT	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — RUE PORTE-DIJEUX — 91

1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 73

SUR

QUELQUES MODES DE TRAITEMENT

DE

L'ÉLÉPHANTIASIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 24 Janvier 1908

PAR

Charles-Marie-René BLANDIN

Né à La Basse-Terre (Guadeloupe), le 11 mai 1881

Élève du Service de Santé de la Marine



Examineurs de la Thèse :

{ MM. DEMONS
POUSSON
BÉGOIN
GUYOT

professeur ... *Président*
professeur adj. }
agréé..... } *Juges.*
agréé..... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — RUE PORTE-DIJEUX — 91

1908

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY.....	} Professeurs honoraires.
MASSE.....	

	MM.
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie et thérapeutique générales.	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire.	VILLAR.
Clinique d'accouchements	LEFOUR.
Anatomie pathologique	COÏNE.
Anatomie	GENTES (chargé).
Anatomie générale et histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	L LANDE.
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIÉ.

	MM.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle ...	GUILLAUD.
Pharmacie	DUPOUY.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophthalmologique	BADAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Clinique gynécologique	BOURSIER.
Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Chimie biologique...	DENIGÈS.
Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Pathologie exotique .	LE DANTEC.

PROFESSEURS ADJOINTS:

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez...	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale.*)

MM. MONGOUR.
CABANNES.
VERGER.

MM. ABADIE.
CRUCHET.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe { MM. BÉGOUIN.
VENOT.
GUYOT.

Accouchements.) MM. ANDERODIAS.
PERY.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie } MM. GENTES.
CAVALIÉ.

Physiologie MM. GAUTRELET.
Histoire naturelle. } BEILLE.
MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... MM. BENECH.

Pharmacie } MM. BARTHE.
LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM.
Accouchements.....	
Physiologie.....	
Ophtalmologie.....	
Clinique dentaire.....	

RONDOT.
PERY.
GAUTRELET.
LAGRANGE.
CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE LOUIS BONIN

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES DE LA MARINE
ET DE LA FACULTÉ

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEMONS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

Dans ce travail de modeste prétention, nous avons dessein de mettre en relief quelques modes de traitement de l'éléphantiasis.

L'on sait aujourd'hui que l'éléphantiasis de nos pays et celui des pays chauds sont une seule et même maladie. C'est le traitement de cette seule affection qui nous occupera et non celui d'états qui en sont voisins et appelés par les auteurs : états éléphantiasiques. ils sont secondaires :

- 1° Tantôt à un obstacle de la circulation de la lymphe ;
- 2° Tantôt à un obstacle à la circulation veineuse ;
- 3° Tantôt aux deux en même temps ;
- 4° Tantôt, enfin, à des ulcérations et à des néoplasies.

De tous ceux-ci, nous le répétons, il ne sera pas question dans les différents chapitres qui suivent et que nous avons jugé bon d'exposer sous forme de tableau synoptique afin de permettre à nos juges, en même temps qu'une lecture plus facile, une vue d'ensemble plus rapide et plus nette.

PLAN

I — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

II	TRAITEMENT PALLIATIF	A — {		Traitement interne.
				Traitement de l'accès.
		B —	Traitement de l'Éléphantiasis récent	a) Scarifications linéaires. b) Massage et bains de vapeur (Historique). c) Compression élastique (Historique). d) Compression digitale (Historique). e) Électrisation. f) Injection intra-ganglion d'une solution iodée. g) Injection de calomel, de fibrolysine.
		C —	Traitement chirurgical de l'Éléphantiasis des membres	a) Ligature de l'artère principale du membre (Historique). b) Résection d'une portion du nerf sciatique. c) Procédé de Le Moine. d) Extirpation des ganglions à froid.
III	TRAITEMENT CURATIF	A —		a) Amputation. b) Extirpation.
		B —	Traitement chirurgical de l'Éléphantiasis des organes génitaux externes	a) Éléphantiasis du scrotum. — Trois procédés d'Ali-Bey. b) Éléphantiasis du scrotum et de la verge : Procédé de Delpech. Procédé de Partridge.

IV — OBSERVATIONS

CONCLUSIONS

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Est-il possible de prévenir la maladie ou de l'enrayer lorsqu'elle est à son début ? Dans son étude sur l'éléphantiasis des arabes, 1854-1855, Duchassaing est affirmatif sur ce point : j'ai connu, dit-il, des malades frappés par l'éléphantiasis, qui, pour avoir émigré aux Etats-Unis, ont vu leur mal s'arrêter dans les progrès, quelquefois même disparaître. L'ancien médecin en chef des armées du vice-roi d'Egypte, le docteur Labat, est le premier qui ait conseillé aux malades d'émigrer dans les pays où la nature du sol et la constitution atmosphérique sont en opposition avec celles signalées dans l'étiologie de cette affection.

En 1867, Godard dans son étude sur l'Egypte et la Palestine, nous dit : « L'influence du séjour de Damiette est manifeste. De plus, Souria, homme intelligent, m'ayant affirmé qu'ayant quitté Damiette pour aller voir Loul, chaque fois, il s'y est bien trouvé, ainsi le changement de lieu devra être prescrit ».

Mais très souvent, il est impossible aux malades qui appartiennent à la classe pauvre de quitter le pays ; ils devront alors se mettre dans les meilleures conditions hygiéniques possibles ; éviter le séjour dans les endroits humides, bas et marécageux ; s'abstenir autant que possible de poisson salé, d'eau saumâtre ; éviter toute cause de refroidissement ; observer les soins d'une minutieuse propreté ; enfin, avoir

une alimentation saine et abondante et se garder de tous les excès qui affaibliraient leur organisme.

Mais la prophylaxie générale, si elle était bien organisée et bien appliquée, serait encore la meilleure de toutes. Elle consisterait en l'amélioration des conditions sociales des peuples qui vivent dans la misère, dans une hygiène publique bien entendue — nettoyage des rues, drainage du sol marécageux, écoulement facile des eaux, etc. — et bien surveillée au point de vue de la propreté générale. Ali-Bey, pour ce qui concerne l'Egypte, conseille de ne laisser travailler que pendant un temps limité les Fellahs occupés à la culture du riz dans la Basse-Egypte et qui ont, tout le jour, les mains et les jambes plongées dans l'eau et la fange. On sait aussi que l'accomplissement des rites en commun, chez les Musulmans, est la source habituelle de la pachydermie. Chez eux, des bains fréquents dans de l'eau propre feraient disparaître en grande partie cette affection. Un pantalon et de bonnes chaussures sont encore des précautions indispensables.

Les solutions de continuité de l'épiderme, provoquées par la gale et la syphilis seront traitées, les piqûres de sangsues, de chiques, seront désinfectées soigneusement et mises à l'abri des souillures.

CHAPITRE II

TRAITEMENT PALLIATIF

A. — Traitement interne. — Traitement de l'accès. Eléphantiasique.

On comprend qu'il est impossible de formuler un traitement interne raisonné de l'éléphantiasis, puisque cette affection n'est pas une et bien définie, mais n'est en réalité, qu'un résultat. Ainsi, on a inutilement essayé les arsénicaux, l'iode de fer, l'ergotine, la belladone, la digitale, etc.

Lors de la première poussée de lymphangite, l'indication la plus pressante est de diminuer, autant que possible, l'intensité et l'étendue de l'infection trabéculaire, de limiter la plaque lymphangitique, en un mot, d'instituer un traitement analogue à celui de l'érysipèle. On doit conseiller le repos absolu, la partie atteinte étant un peu surélevée pour faciliter l'écoulement des liquides, les pulvérisations antiseptiques, les compresses bi-chlorurées froides, souvent renouvelées et les frictions mercurielles sur les ganglions engorgés.

On peut appliquer des cataplasmes de fécule ou de farine de graine de lin déshuillée, faits avec de l'eau boriquée ou tout au moins bouillie, et arrosés d'alcool, ou bien on se servira de compresses trempées dans de l'eau blanche, dans de l'alcool dilué, dans de l'eau oxygénée diluée, etc., etc.

Certains auteurs conseillent de badigeonner avec du collo-

dion en dépassant les limites du mal. Théoriquement, en effet, le collodion doit modérer la poussée inflammatoire et surtout la limiter en agissant comme compressif et isolant, mais sera-t-il toléré dans les cas très aigus ?

Des badigeons répétés avec des solutions d'ichthyol au 1/10 ou au 1/5 ou des applications de pommades renfermant 1/10 d'ichthyol pour parties égales de lanoline et de vaseline constituent des topiques excellents contre les poussées lymphangitiques.

La saignée peut abréger un accès dans sa durée. Aussi, Rayer l'avait-il prescrite dans la forme chronique ou subaiguë pour calmer la sensation de tension douloureuse qu'accusaient certains de ses malades. Après lui, Alard, Cazenave et les médecins actuels proscrivent la saignée non-seulement comme inutile, mais encore comme dangereuse et, à leur avis, on ne doit pas plus saigner dans un accès éléphantiasique que dans un érysipèle simple. La saignée locale n'est pas non plus à préconiser.

Hillary a recommandé, comme moyen dérivatif, les vésicatoires et les fomentations émollientes suivies de sudation de la partie malade qui serait ensuite recouverte de flanelle. A la fin des accès, il donnait aussi le quinquina et faisait recommencer le même traitement de mois en mois. Plus tard enfin, il prescrivait les bains froids d'eau douce et de mer.

Larrey père, a préconisé l'iodure de potassium, à doses graduées.

Afin d'éviter les complications, il sera bon de pratiquer une antiseptie intestinale rigoureuse, et le meilleur antiseptique, reconnu actuellement, est le purgatif suivi du régime lacté.

Le sulfate de quinine, à haute dose, a été réellement efficace dans certains cas, en modérant la fièvre et en abrégant peut-être sa durée. Il serait indiqué dans les accès à intermittences courtes, mais ces cas sont les plus rares.

L'hydrothérapie est plutôt une source d'accès fébriles et doit être rejetée.

Aujourd'hui que les savantes recherches du Professeur Le Dantec ont précisé la pathogénie de l'éléphantiasis, on peut espérer que le processus sera ralenti par des injections de sérum de Marmoreck. Mais l'expérience reste encore à tenter. Quoiqu'il en soit, la découverte d'un sérum agissant à la fois sur le dermocoque et sur le streptocoque serait un véritable bienfait pour les malheureux en si grand nombre condamnés sans recours aux difformités les plus gênantes et les plus affreuses.

B. — Traitement de l'éléphantiasis récent

Beaucoup de méthodes ont été proposées contre l'éléphantiasis confirmé. Nous nous occuperons seulement des principales, notre but n'étant pas de faire une étude complète et détaillée des modes de traitement de cette affection.

a) *Les scarifications linéaires.* — Les médecins Egyptiens ont été les premiers à employer ce procédé. Il ne faut pas nier les bons résultats qu'il peut donner. Le Docteur Dufaux, médecin militaire rapporte en effet un cas de guérison, observé à la suite d'ouverture spontanée, chez un jeune kabyle atteint d'éléphantiasis du scrotum.

Ces scarifications et incisions sont d'un usage courant au Malabar, mais on ignore les accidents qui s'ensuivent.

Pour Brocq (*Dermatologie pratique*), il faudrait les réserver, aux seuls cas d'éléphantiasis de nos pays, à marche fort lente et lorsqu'il persiste un noyau induré ou oedématié entre les poussées lymphangitiques. On les combine, dit-il, avec les pulvérisations prolongées faites avec de l'eau bouillie ou de l'eau très légèrement sulfureuse, ou phéniquée au 1/500^e au 1/250^e ou résorcinée au 1/100^e.

b) *Le massage et les bains de vapeur.* — Ce traitement a été employé par Mestre (1859), ancien médecin militaire qui a

étudié d'une manière toute spéciale l'éléphantiasis en Algérie. Il consiste en massage et bains de vapeur. Le malade étant étendu, un homme presse et masse avec une certaine force, le membre affecté en ayant soin de pincer la peau dans toute son épaisseur de façon à diviser les mailles du tissu cellulaire sous-dermique. Au bout d'un quart d'heure le membre est placé dans un appareil de calorification dans lequel on fait vaporiser du vinaigre aromatique ou camphré, on l'enveloppe ensuite de couvertures et aussitôt que la transpiration cesse on applique méthodiquement un bandage compressif sur le membre qui est placé sur un coussin de manière qu'il soit plus élevé que le corps. Cette manœuvre doit-être recommencée tous les deux jours. Plus tard, si la guérison ou l'amélioration sont lentes à se produire, Mestre conseille des incisions profondes et même l'excision d'un lambeau linéaire. Cette méthode est, comme on peut le voir, très complexe et très énergique, et peut avoir été suivie quelquefois d'accidents graves.

c) *La compression élastique.* -- Cette méthode est très ancienne puisqu'elle remonte à Rhazès, le premier auteur qui a bien décrit l'éléphantiasis « Il convient, dit-il, d'entourer ce membre d'un bandage depuis le talon jusqu'au genou..., et plus loin : « Il faut aussi que le malade ne se tienne debout qu'après avoir la jambe exactement bandée. »

La compression méthodique du membre est très rationnelle et conforme à la conception essentielle de l'affection, telle qu'elle résulte des données de l'anatomie pathologique. En effet, l'œdème chronique, indice certain d'une stase lymphatique persistante, témoigne assez que la tonicité vasculaire du réseau lymphatique est affaiblie. La compression du membre par l'appui extérieur qu'elle prête aux vaisseaux, remédie à leur insuffisance fonctionnelle et s'oppose directement à la stase en chassant dans le sens de la circulation les liquides déjà stagnants. Elle fait plus encore, car, lorsqu'elle est suffisamment forte, elle diminue, dans une proportion notable l'afflux du liquide nourricier et prive ainsi le

membre de la plus grande partie de ces moyens de nutrition. Elle tend donc directement à amener la régression d'une certaine quantité des éléments hypertrophiés du membre, et cette tendance est manifestement accrue par la pression réciproque de ces éléments.

La compression du membre comprend deux procédés : la compression au moyen d'un bandage et la compression élastique. L'application d'un bandage compressif fixe amène très rapidement une diminution de volume du membre ; il arrive malheureusement qu'au bout de 12 à 24 heures le bandage est devenu trop ample pour le membre qu'il contient et il faut le réappliquer. Outre la perte de temps qu'entraîne ce procédé, on sent assez qu'il ne réalise la compression voulue que durant un trop court espace de temps. Toute défectueuse que soit cette compression, elle n'en a pas moins suffi dans bon nombre de cas à donner des succès équivalents à ceux de la ligature (Voir plus loin).

Il est fort heureux néanmoins que l'emploi de la bande d'Esmarch ait fait disparaître tous ces inconvénients. La bande de caoutchouc se resserrant progressivement sur la partie incluse, continue d'exercer sur celle-ci, à mesure qu'elle cède, une compression sensiblement uniforme et égale durant tout le temps de son application. La ligature supprime brusquement l'afflux du sang dans le membre opéré et lui enlève ainsi ses moyens de nutrition ; mais la circulation collatérale qui commence à s'exagérer dès l'instant de la ligature arrive bientôt à compenser le barrage artificiel du grand courant artériel. Et cependant, cette anémie subite encore que momentanée et de jour en jour moins grande, a suffi dans maints cas à amener la guérison du membre hypertrophié. La compression élastique dont l'action peut être renouvelée et prolongée à volonté est bien autrement puissante que la ligature.

Néanmoins, il sera nécessaire pour retirer de la méthode tous les avantages qu'elle peut procurer, de l'appliquer sur une peau préalablement assouplie. Des cataplasmes, des

bains tièdes débarrasseront la peau des croûtes et des amas d'épiderme qui la couvrent. On frictionne alors le membre avec de l'onguent mercuriel qui favorise la résorption des exsudats. La bande élastique est ensuite appliquée, soit directement à nu sur la peau, soit avec interposition d'une bande de flanelle ou d'une couche d'ouate. Ce dernier parti nous semble préférable à adopter. L'ouate égalise et modère la force compressive du caoutchouc qu'il n'est pas aisé autrement de répartir uniformément sur tout le membre. M. E. Besnier recommande d'enrouler l'ouate autour du membre, de telle façon que celui-ci présente alors à la bande un substratum régulièrement cylindrique. Peut-être serait-il préférable de suivre pour cette application la déformation du membre. Avec l'ouate, le bandage est généralement supporté ; d'ailleurs un membre hypertrophié tolère mieux la compression qu'un membre sain.

Mais si l'on applique la bande directement ou simplement par-dessus une autre bande de flanelle, on peut être obligé, au début, de l'enlever après une application de deux, quatre ou cinq heures.

Cette intolérance n'a pas toujours lieu, car comme on le verra aux observations, la bande élastique appliquée directement sur la peau, a pu être supportée des journées entières sans malaise et sans douleur par un jeune malade. Il ne faut d'ailleurs pas toujours s'en rapporter aux plaintes des malades pusillanimes et inintelligents : bien appliqué, le bandage ne leur fait courir aucun danger et ils doivent par conséquent le supporter le plus longtemps possible.

On pourra aider au traitement en mettant le membre dans l'élévation.

Il va de soi que le bandage ne doit pas être appliqué durant un accès. Des ulcères n'en contre-indiquent pas formellement l'emploi, à moins qu'il ne constituent une sorte d'exutoire comme dans le cas d'une maladie de cœur mal compensée. Il vaut toujours mieux, autant que possible, commencer par le traitement des complications.

La durée du traitement ne peut être fixée même approximativement; elle dépend d'une foule de circonstances qu'il est assez difficile de préciser, mais principalement du degré de la lésion; cela se conçoit. En général, elle est de plusieurs mois, parfois de quelques années.

Les malades devront toujours être munis de bas élastiques (Voir observations I et II).

d) Compression digitale. — Cette méthode fut tentée plusieurs fois. Elle n'a, paraît-il, donné que de rares succès. Gosselin la pratiqua sur un de ses malades et détermina un érysipèle intense qui se propagea au membre sain. Cependant associée ou mieux alternée avec la compression générale du membre, elle aurait fourni à Vanzetti (de Padoue) un succès réel. Voici, en résumé, l'observation qui a été communiquée à la Société de chirurgie (20 oct. 1867) par l'éminent chirurgien. Il s'agit d'une forte campagnarde de vingt et un ans, ayant un éléphantiasis de la jambe droite. L'élévation permanente du membre combinée avec la compression méthodique fut employée vingt jours sans grand résultat. Vanzetti pensa à faire la ligature de la fémorale, mais il voulut tout d'abord essayer de la compression digitale qui fut faite pendant cinq jours avec interruption pendant la nuit. Le résultat ne se fit pas attendre et fut marqué par une diminution notable de l'intumescence. Cette diminution se maintint malgré la cessation de la compression pendant quatre jours pour laisser se calmer l'irritation causée sur la peau de la région de l'aîne. Puis la compression fut reprise de nouveau, mais seulement pendant quelques heures chaque jour.

Au bout de quatre jours, application d'un bandage amidonné qu'il fallut fendre après une semaine pour le rétrécir, toute la jambe ayant diminué de volume. La malade put sortir de l'hôpital après deux mois et se livrer au travail en ayant soin de renouveler l'application du bandage toutes les deux ou trois semaines. Trois ans après, Vanzetti constata la disparition complète de l'éléphantiasis;

la jambe malade présentait même un peu d'atrophie comparativement à l'autre par suite de la compression du bandage amidonné qu'on n'avait cessé d'appliquer depuis trois ans.

Malgré quelques rares succès, la méthode par la compression digitale est aujourd'hui abandonnée.

e) *Electrisation*. — Les médecins brésiliens, qui ont à traiter beaucoup d'éléphantiasis, ont préconisé l'électrisation des parties malades. Dans un travail présenté au Congrès d'électricité en 1846, MM. Moncorvo et Silva Arango ont publié des figures montrant l'état des membres affectés avant et après le traitement. Les modifications seraient des plus satisfaisantes.

Courants galvaniques et faradiques. — Il semble que les courants continus agissent sur les tissus éléphantiasiques en déterminant leur métamorphose régressive, leur ramollissement, leur disjonction d'abord, bientôt suivie d'une véritable dissolution.

Les courants faradiques stimulent les circulations sanguine et lymphatique et provoquent la résorption des tissus déjà ramollis et dissous par l'action catalytique du courant galvanique.

Dans l'emploi des courants galvaniques, le pôle négatif doit être appliqué sur la partie malade et le pôle positif placé sur la région voisine dans un point assez rapproché.

La durée d'application dans chaque séance varie de cinq à trente minutes. Il faut agir progressivement et commencer dans les premières séances par un petit nombre d'éléments afin de tâter la susceptibilité de la peau et d'éviter les irritations cutanées et les eschares.

Electrolyse. — Sylva Arango se sert d'aiguilles isolées aux trois quarts de leur longueur par une couche de caoutchouc durci et dont la pointe seule est libre sur une certaine étendue. Cet isolement a pour but d'éviter les eschares.

Ces aiguilles, réunies au nombre de trois à cinq, sont enfoncées dans la masse éléphantiasique et mises en commu-

nication par l'intermédiaire d'un réophore multiple et digité avec le pôle négatif d'une batterie de six à soixante éléments.

Le pôle positif sous forme de plaque est appliqué sur une autre région du corps.

Le courant doit avoir une intensité de 8 à 10 milli-ampères et une durée de passage de huit ou dix minutes.

Avant d'enfoncer les aiguilles, il est nécessaire de faire l'asepsie de la peau. Au moyen de pulvérisations de chlorure d'éthyle, on obtiendrait l'anesthésie préalable des parties.

Tel est le *modus faciendi* des praticiens.

Cette méthode aura-t-elle le même sort que celles qui ont précédé et qui sont plus ou moins abandonnées aujourd'hui ? Nous ne le pensons pas, car elle a présenté très peu de danger pour le malade et peut toujours être tentée à une phase quelconque de la pachydermie.

Arnobio Marques chirurgien de l'hôpital, Pedro-II, au Brésil, dans une note insérée dans la *Presse médicale*, 1903, critique sévèrement le procédé de MM. Moncorvo et Silva Arango. Pour lui, l'électrisation seule est inefficace, il faut qu'elle soit accompagnée de la compression élastique du membre et c'est celle-ci qui joue le rôle principal dans la guérison.

En effet, nous dit-il, dans l'éléphantiasis, il y a envahissement du derme par les éléments embryonnaires. Ce derme est épaissi, comme spongieux, ses vacuoles sont remplies de liquide et les tissus paraissent transparents et lardacés. Quoi de plus naturel qu'une ponction faite par les aiguilles dans le traitement électrique amène un écoulement de la lymphe dans un membre qui en est comme engorgé. La compression élastique survenant alors ne peut que s'ajouter à l'effet de la ponction en le favorisant.

« Nous trouvons la justification de notre opinion, ajoute M. Arnobio Marques, dans ce fait que l'électricité n'a aucune action sur l'éléphantiasis dur, où il y a hyperplasie dure, car la compression est incapable de vaincre la résistance des tissus.

» Sur le scrotum, où la compression ne saurait être appliquée à cause de la sensibilité des testicules, l'électricité est inefficace. Force nous est donc d'admettre que la compression joue ici un rôle plus important que l'électricité ».

f) *Injection intra-ganglionnaire d'une solution iodée à 2 p. 100.* — Ce procédé est dû au Docteur Tribondeau, qui put observer de nombreux cas d'éléphantiasis du membre supérieur, pendant son séjour à bord de l'*Aube*, aviso-transport de la station locale de l'archipel de la Société.

Pour avoir constaté que le véritable foyer morbide était au niveau du ganglion sus épitrochléen et que l'atrophie du ganglion chez les vieux éléphantiasiques coïncidait avec une diminution du nombre et de l'intensité des poussées, il songea à attaquer l'agent pathogène dans l'endroit même où il se cantonnait.

Ainsi, il fut amené à pratiquer l'extirpation du ganglion, mais sans résultat aucun. Alors, il chercha à provoquer son atrophie par des injections interstitielles irritantes.

Nous mentionnons les beaux résultats de ce traitement, dans deux observations prises au hasard parmi les siennes. (Obs. III et IV.)

Notes sur l'éléphantiasis du membre supérieur, par le Docteur Tribondeau. *Archives de médecine navale*, 1900.

g) *Injection de calomel, de Fibrolysine.* — Avant d'aborder l'étude du traitement chirurgical de l'éléphantiasis, n'oublions pas de signaler aussi les recherches toutes récentes faites par M. Eguiazarantz et M. Castellani.

Dans un cas d'éléphantiasis des membres inférieurs chez une femme non syphilitique, M. Eguiazarantz (Roussky, méd. Viest et méd. Obozz, août 1901), eût recours avec succès aux injections de calomel, pratiquées une fois par semaine, à la dose de 0 gr. 05, dans l'épaisseur des muscles fessiers, alternativement à (d) et à (g), suivant le procédé de M. le Professeur Pospielow. A la sixième injection, desquamation épidermique à grands lambeaux au niveau des jambes et des surfaces plantaires. Les parties hypertrophiées s'affaissent,

les ongles tombent et repoussent. La tuméfaction a disparu après 16 injections.

M. Aldo Castellani, de Ceylan, emploie la thiosinamine ou mieux la fibrolysine en injections intra-dermiques. Voici le mode de traitement expliqué par lui et relaté dans les *Archiv. für schiffs, und tropen, hygiène*, d'octobre 1907.

Le patient doit tout d'abord garder le lit pendant une semaine. Tout ce temps, le membre est soumis deux fois par jour à un massage d'un quart d'heure environ, puis enroulé avec de la flanelle. Ces différentes manipulations n'ont pas modifié son volume, mais ont assoupli la peau.

A ce moment seul, on commence des injections de thiosinamine. Cependant, comme ces injections de thiosinamine pure sont très douloureuses, il faut employer de préférence la fibrolysine. Ne pas oublier les précautions antiseptiques qui doivent précéder toute opération de petite chirurgie.

La dose de fibrolysine à injecter est de 2 cent. cubes. Elle doit être répétée chaque jour pendant un mois. Puis, on soumet le membre à une compression douce, au moyen d'une bande élastique appliquée très légèrement. Cette seconde phase du traitement doit durer une semaine et plus.

Après ce laps de temps, pendant lequel la partie malade se repose, on fait une nouvelle série d'injections, et ainsi, jusqu'à ce qu'un résultat notable se fasse sentir.

A l'appui de sa méthode, M. Aldo Castellani cite cinq cas de guérison obtenus par la fibrolysine. En réalité, de toutes ses observations, la deuxième est la seule qui démontre l'efficacité, encore que toute momentanée du traitement.

Voici cette observation, publiée dans *The Journal of tropical medicine and hygiène*, 1^{er} août 1907 :

« Le malade vint me consulter en octobre 1906, pour un éléphantiasis de la cuisse, de la jambe et du pied droit, qui datait de vingt ans. La peau du membre, dure et très épaisse, ne se laissait pas pincer par les doigts.

Mensurations. — Autour du cou-de-pied, 24 pouces 1/2. Autour du mollet, 27. Autour de la cuisse, 35.

Le malade fut soumis au traitement par la thiosinamine et reçut quatre-vingt dix injections. On lui appliqua aussi des bandes de flanelle, et, un peu plus tard, la compression élastique fut instituée sans douleur.

Après cinq mois de ce traitement, la circonférence du membre avait diminuée de 15 pouces en moyenne sur toute sa longueur.

Depuis, j'ai revu le malade, il se promène et peut vaquer à ses occupations journalières. Néanmoins, sa guérison n'est pas radicale et un bas élastique lui est nécessaire pour éviter l'œdème chronique de son membre.

C. — Traitement chirurgical de l'éléphantiasis des membres.

a) *Ligature de l'artère principale du membre.* — Lorsque les différents procédés que nous avons énumérés plus haut n'ont donné aucun résultat, est-on autorisé à pratiquer la ligature de l'artère principale du membre affecté ?

Cette tentative est à discuter dans le cas où l'affection siégeant d'un côté, reste stationnaire, et ne dépasse pas la racine du membre. Des ulcérations profondes avec lésions osseuses, signe d'un affaiblissement notable de la vitalité des parties, en constituent une contre-indication formelle.

Carnochan, de New-York, 1851, est le premier qui ait appliqué cette opération à l'éléphantiasis des membres, mais, bien avant lui, le Dr Labat y avait pensé avant de se décider à une amputation devenue nécessaire.

Pour le Dr Labat, l'hyperémie du membre affecté était causée soit par une irritation déterminant un afflux considérable de sang dans cette partie, soit par une stagnation sanguine, résultat d'un rétrécissement ou d'un relâchement des principaux troncs veineux.

La ligature, en ne supprimant pas totalement la nutrition du membre, puisqu'elle respectait les collatérales, permettait d'éviter le sphacèle et en même temps favorisait la guérison.

Lors même que cette ligature n'atteindrait pas le but proposé, elle laisserait toujours la ressource de l'amputation, dont elle n'aurait été qu'une opération préalable.

M. Guibout, dans une de ses leçons cliniques (*Gaz. des hôp.*, 1879) a formulé une opinion très sévère sur ce procédé : « La plupart des opérés, dit-il, ont succombé soit à des hémorragies, soit à la gangrène, soit enfin à l'infection purulente ». Pour être plus juste et dans le vrai, il faut dire que si une moitié des malades a succombé, de l'autre moitié, quelques-uns ont retiré un certain bénéfice, mais la plupart ont vu la maladie [récidiver après un temps plus ou moins long.

Pour arriver à connaître les résultats, non pas immédiats, mais définitifs des opérations pratiquées depuis un demi-siècle, il faudrait de longues recherches, et ces recherches ne nous amèneraient pas à des conclusions rigoureusement exactes, puisque la plupart des observations se rapportant à des revers n'ont pas été publiées.

Néanmoins, nous savons que Carnochan eut quelques succès temporaires de 1851 à 1857.

La guérison se maintenait encore seize mois après l'opération chez une malade de Butcher (de Dublin, 1861).

En 1866, simple amélioration obtenue par Bryart chez un malade auquel il avait lié l'iliaque externe.

Un peu plus tard, Richard, 1869, lia la fémorale au niveau de l'anneau du troisième adducteur chez une femme de trente-trois ans atteinte depuis dix-huit ans d'un éléphantiasis considérable de tout le membre inférieur gauche, et qui avait été traitée sans succès à Saint-Louis par la compression élastique. Le résultat immédiat fut des plus heureux, puisque les journaux de l'époque l'enregistrèrent, mais quelque temps après, le gonflement reparut et atteignit vite ses proportions premières.

En 1870, complet insuccès de Fayerer.

En 1870, récurrence et eschare du mollet chez une malade d'Anderson. (*Canada méd. and Surg. journal*, 1873.)

En 1872, même résultat chez un opéré de Queirel.

En 1873, Leisrink (de Hambourg), mentionne un succès. Suites heureuses d'une opération pratiquée par Grosby en 1879. (*Brit. méd. journ.* 1879.)

Depuis 1880, la ligature appliquée à la cure radicale de l'éléphantiasis devient de plus en plus rare à mesure qu'on s'éloigne des succès plus ou moins confirmés des premiers opérateurs qui ont suivi la voie tracée par Carnochan. C'est que, à côté de ces succès douteux, les revers ont été si nombreux que les chirurgiens renoncent à pratiquer cette opération.

b) *Résection d'une portion du nerf sciatique.* — Signalons seulement la résection d'une portion du nerf sciatique imaginée par Morton. (*Philadelphia and. méd. Times*, 1878.) Ce procédé, qui a été suivi de quelques succès, est d'ailleurs resté dans l'ombre.

c). *Procédé de Le Moine. Opération palliative.* — Ce procédé dont nous voulons parler, appartient au D^r Le Moine, et fut pour la première fois pratiqué par lui à Tahiti en 1902. Il consiste dans l'exérèse partielle et plusieurs fois répétée des intumescences du membre.

Lorsque le processus éléphantiasique a remanié à la fois l'épiderme, le corps papillaire, le derme et l'hypoderme, le malade possède comme une sorte de manchon incorporé à sa chair, et c'est à ce moment seul qu'il en sollicite l'enlèvement.

En pareil cas, les classiques recommandent l'amputation.

Quand l'empâtement est régulier, M. le D^r Le Moine pratique l'évidement longitudinal en tranches de melon. « Des pansements rationnels, le drainage continu des reliefs respectés, par leurs pans latéraux, une compression méthodique assure ensuite sans trop de risques, une cicatrisation qui aide encore par ses tissus rétractiles à la réduction demandée. »

Mais la pachydermie ne se présente pas toujours d'une façon si régulière, si belle, pourrait-on dire, et permettant

d'intervenir si simplement. Parfois, les masses néoplasiques forment de côté et d'autre des saillies fortement prépondérantes et pouvant être considérées ou traitées comme des tumeurs autonomes. Le derme n'est plus qu'une couenne scléreuse, épaisse, de un à plusieurs centimètres, couverte de granulations, de papilles cornées, crevassées et suintantes. Le tissu sous-jacent est parcouru par des bandes fibreuses qui limitent des mailles inégales, remplies de graisse et de sérosité. Le tout a l'air boudiné, ficelé. Parfois, à ces obstacles s'ajoute la présence de nombreux abcès insoupçonnés du dehors.

Dans un cas semblable, le procédé en tranches de melon devient impossible. Le Dr Le Moine pratique alors l'opération en deux séances séparées par plusieurs semaines de repos et de réparation.

Chez un indigène d'une cinquantaine d'années, présentant un éléphantiasis de la jambe droite, il enleva tout d'abord la masse postérieure la plus importante. Il eut de la gangrène d'un lambeau et de la suppuration dans un des cus-desac. Un mois plus tard, il procédait à l'ablation de l'intumescence antérieure, et par le glissement des téguments réparait la perte de substance qu'avait occasionnée sa première opération. « La réunion *per primam* fut la règle, le reste guérit assez rapidement.

Le malade condamné à l'immobilité depuis des mois sortit de l'hôpital ingambe et radieux.»

Une métisse de 38 ans, fut opérée dans les mêmes conditions avec le même succès.

Quelques temps après, un indigène de Tahiti se présentait avec un éléphantiasis des quatre membres. La tumeur du bras droit pesait plus de 15 kilogs. Le Docteur Le Moine tenta l'exérèse en plusieurs fois, et déjà après sa deuxième intervention le malade, allégé de son lourd fardeau pouvait se promener avec une simple écharpe.

Pour mener à bien ce procédé tout spécial du Docteur

Le Moine quelques règles sont nécessaires. Nous les emprunterons à l'auteur lui-même :

« 1^o Constaté que le membre à libérer est valide ; que ses muscles comprimés et macérés n'ont pas trop dégénéré.

2^o Cette conviction acquise, étudier longuement la disposition des masses éléphantiasiques et tâcher d'en découvrir le pédicule, ou plutôt la base minima.

3^o Chercher dans les téguments qui les recouvrent les morceaux les meilleurs et les agencer par la pensée et par le dessin en futurs lambeaux. Rappelons que les téguments supérieurs et inférieurs sont plus vivaces que les téguments latéraux. Je me suis bien trouvé de les utiliser, de façon à donner aux lignes de suture la configuration d'un X généralement surbaissé.

4^o Les lambeaux médians doivent se tailler les premiers, obliquement de dehors en dedans, en partant d'une bonne épaisseur initiale. Pour l'incision de la tumeur et la taille des lambeaux latéraux, une incision longitudinale, dirigée prudemment et perpendiculairement par le milieu de la masse vers l'aponévrose générale est préférable. Celle-ci découverte — ce qui n'est pas très facile — on pourra en suivre les contours, à la distance voulue, mesurer avec précision la surface à recouvrir et calculer en conséquence, la taille des lambeaux latéraux qui doivent être épais à leur base, bien nourris et bien réguliers.

5^o Etre surtout aseptique, ménager des manipulations ; pincer rapidement tous les vaisseaux qui donnent, lier au catgut toutes les veines ; drainer aux points déclives.

6^o Suturer avec minutie des téguments mal disposés à se réunir, en n'employant que des matériaux irréprochables : catgut pour le gros sujet, crin à points séparés pour la coaptation parfaite. Eviter les sutures à la soie.

7^o Renoncer aux pansements avec des antiseptiques irritants, cause trop fréquente de dermites dans les pays chauds et sur une peau aussi maltraitée. Rechercher une compression douce, puissante, uniforme. Ne confier à personne ces premiers soins.

Par ce court exposé de technique opératoire, on peut voir que l'éléphantiasis des membres se prête assez difficilement aux interventions chirurgicales. Aussi, n'était-il pas sans intérêt de signaler les résultats obtenus par le Docteur Le Moine.

Il a été imité dans cette voie par F. Rogers (*Surgery, Gynecology and obstetrics*. Septembre 1906), qui a opéré de la même manière une juive atteinte d'éléphantiasis des deux membres inférieurs. Le résultat final, deux ans après l'opération n'est pas parfait puisqu'il y a une certaine tendance à la récurrence, mais néanmoins la patiente est capable de se mouvoir et son état général est très amélioré.

On peut donc faire mieux que d'abandonner ces malades à leur triste infirmité.

d) *Extirpation des ganglions à froid*. — Il nous reste, pour terminer ce long chapitre du traitement palliatif, à mentionner un procédé chirurgical tout nouveau (août 1907). Appliqué par M. le professeur Demons, il a été proposé par M. le professeur Le Dantec et consiste dans l'extirpation à froid des ganglions.

Comme on peut lire par l'observation publiée à la fin de ce travail, le jeune malade n'a pas tardé à ressentir les bons effets de ce traitement, qui n'est, à vrai dire, qu'une application directe et méthodique de la pathogénie de l'affection, bien mise en lumière par notre ami le docteur Baujean, Thèse de 1908 (Obs. V).

CHAPITRE III

TRAITEMENT CURATIF OU CURE RADICALE

A. — Traitement chirurgical de l'éléphantiasis des membres.

a) *Amputation.* — Quand tous les traitements ont échoué, quelle est la conduite à tenir? Doit-on proposer au malade, dans certains cas, l'amputation ou l'extirpation comme ressource extrême?

Alard s'opposait, en principe, à toute intervention, par la crainte de voir le mal reparaitre sur une autre partie du corps, ou bien encore de voir le malade succomber aux suites de phlegmasies viscérales. En Europe, les chirurgiens condamnent généralement l'amputation.

La conduite à tenir doit être dictée par une considération fort simple.

Certains malades possèdent un membre monstrueusement hypertrophié sans que l'usage leur en soit interdit. Dans ces cas, il faut s'abstenir et l'insistance pressante du malade ne justifierait pas l'intervention. D'autres malades deviennent impotents par les troubles fonctionnels mécaniques, ou en raison même de l'incessante répétition d'accès aigus ou sub-aigus d'éléphantiasis. Ils sont torturés par la souffrance, minés par la fièvre. La vie leur est un fardeau insupportable.

Pour ceux-là, les récidives et les accidents si redoutés de quelques chirurgiens n'ont rien de fatal, comme le prouvent

de nombreuses observations pratiquées depuis un demi-siècle. Dans ces conditions sus-mentionnées, il y a d'autant moins d'hésitation à avoir qu'en s'abstenant on voit les complications emporter le malade alors que l'intervention lui offre quelques chances de salut.

Donc, ce n'est pas l'incurabilité de l'éléphantiasis, mais c'est l'intensité des troubles fonctionnels qui commandera l'intervention libératrice.

Dans les pays où la maladie est vraiment endémique, et surtout chez les races noires ou colorées qui supportent très bien les grosses opérations, les succès sont assez définitifs.

Azéma, praticien distingué de l'île de la Réunion, dans la période pré-antiseptique, obtenait déjà trois guérisons sur quatre amputations. Aussi, a-t-il pu, dans la *Gazette médicale* de 1858, formuler les conclusions suivantes : « L'amputation des parties affectées d'éléphantiasis n'est soumise qu'aux chances habituelles des opérations de ce genre. Elle ne s'écarte même pas de la règle que l'on a établie touchant la différence de gravité des amputations pour cause organique et de celles pour cause traumatique ».

Brassac cite une série de dix-huit amputations ou articulations avec seize succès. Lherminier a désarticulé le genou de quinze éléphantiasiques, mais en a perdu deux. Les opérés de Brassac ont été suivis pendant plusieurs années; tous ont été exempts de récidives et ont pu subvenir à leurs besoins.

Mullier, 1886, ampute le membre supérieur d'un malade, déjà gravement atteint. Il obtient une guérison complète. (*Arch. méd.*, Bruxelles, 1886.)

Hoyer a le même succès dans le même cas. (*Buffalo* XXV, 1886.)

En 1889, Croskey rapporte le cas d'une éléphantie monstrueuse de la cuisse, guérie après amputation. (*Times Reg.*, Philadelphie, 1889.)

Après eux, Thiriar (*Presse méd. belge*, Bruxelles, 1890); Rowland (*Brit. Guiana Demerara*, 1891); Elder (Edimbourg,

décembre 1903); (*Gregorovitch Zerenin*, 1904), vantent les bienfaits de l'amputation dans les cas désespérés.

b) *Extirpation*. — A côté de l'amputation, il faut placer un procédé plus radical encore, qui est l'extirpation. Celle-ci s'adresse particulièrement aux tumeurs éléphantiasiques en relief, isolées sur la périphérie des membres et dans l'édification desquelles les ganglions lymphatiques ne manifestent pas leur influence. Ces tumeurs sont, il est vrai, exceptionnelles. Ici, le chirurgien n'a pas à s'inquiéter des autres éléments. Il lui suffit d'extirper très attentivement tous les ganglions malades pour obtenir une disparition progressive et définitive de la difformité.

C'est ainsi que le docteur Le Moine a opéré plusieurs tumeurs de la région épitrochléenne et de la région de l'aîne et a obtenu des résultats très satisfaisants.

Un cas d'éléphantiasis limité à la région du coude est rapporté par le *Journal de médecine tropicale*, octobre 1907. La guérison se fait rapidement après l'extirpation.

B. — Traitement chirurgical de l'éléphantiasis des organes génitaux externes.

a) *Eléphantiasis du scrotum*. — C'est une localisation très commune chez l'homme. Elle débute par une lymphangite du canal déférent, de l'épididyme, de la vaginale. C'est l'orchite prétendue paludéenne. Qu'elle soit unilatérale ou bilatérale, propagée ou non aux enveloppes extérieures du testicule, la lymphangite finit par s'installer à demeure et par produire l'éléphantiasis confirmé.

Y participent : 1^o les téguments pubiens, l'appareil suspenseurs des bourses ; 2^o la peau de la verge, y compris la face cutanée du prépuce, le fascia sous-jacent, l'aponévrose pénienne ; 3^o les téguments scrotaux, le tissu cellulaire qui les double, le cordon spermatique, la cloison du sac dartois ; 4^o la peau de la face interne des cuisses, celle du péri-

née jusqu'à la marge anale, parfois celle des fesses ; mais la peau de ces différentes régions est à peine altérée, elle est surtout attirée sur la tumeur par le développement progressif de celle-ci.

La miction se fait, en général, dans une cavité que tapisse la face muqueuse du prépuce, au fond de laquelle émerge un gland ratatiné et dont l'orifice est le plus souvent bordé sur son contour inférieur, d'une crête préputiale plus ou moins importante.

En pareil cas, l'opération s'impose, et la plupart des chirurgiens la conseillent. On est bien revenu, aujourd'hui, des craintes exprimées par Alard, Chopart, etc., et pourtant à cette époque, déjà Larrey père, Delpech, Clot-Bey avaient fait connaître leurs succès. C'est, en effet, Larrey père qui a posé le premier, l'indication formelle de l'opération, dans le cas d'éléphantiasis et en a institué le principe général.

Dans l'Inde, en Egypte, où l'éléphantiasis des bourses est si commun, l'opération est la pratique courante.

En 1850, Esdaile, de Calcutta, sur 150 malades ne comptait qu'une mortalité de 5 %.

Mohamed Ali Bey fut encore plus heureux que lui : 1 décès sur 180 cas.

Oschéotomie. — Le double but de l'*oschéotomie*, dit H. Larrey, résumant les indications de son père est d'abord de débarrasser le malade de la masse morbide qu'il traîne après lui, ensuite de conserver, si faire se peut, les organes génitaux, testicules, épидидyme, cordon spermatique, assez souvent intacts au milieu des dégénérescences du scrotum.

Il n'y a pas de règle fixe pour le manuel opératoire qui, laissé à la sagacité de l'opérateur, varie suivant une foule de circonstances : volume de la tumeur, état des téguments, situation du pénis, des testicules, hémorragies plus ou moins considérables.

Néanmoins, généralement on pratique l'*oschéotomie* par un des trois procédés suivants, dits procédés d'Ali-Bey. Nous

verrons plus loin les modifications qu'on peut leur apporter.

1^{er} CAS. *Pénis libre, testicules et cordons non adhérents.* — Dans ce cas, le malade étant, bien entendu, dans le décubitus dorsal et la région soigneusement rasée et aseptisée, un aide refoule les testicules contre les anneaux inguinaux et maintient la verge relevée contre l'abdomen. Le chirurgien plonge un couteau à deux tranchants au-dessous de la racine de la verge et fait, par transfixion, deux lambeaux latéraux suffisants, mais taillés dans la peau saine. Alors l'aide chargé de maintenir les testicules lâche prise et l'opérateur renferme ces organes dans le nouveau scrotum, qu'il réunit par quelques points de suture.

2^e CAS. — *Pénis libre, testicules adhérents.* — Ici, on commence par deux incisions, partant des anneaux inguinaux et dirigées parallèlement au trajet des cordons, de façon à ne pas les exposer à l'action de l'instrument tranchant. Une fois ces cordons reconnus, grâce à la couleur bleue de leurs veines, on les isole de haut en bas, à l'aide des doigts ou avec le manche du scalpel. Puis on isole, à leur tour, les testicules, qu'on relève sur la région pubienne, enveloppés d'un linge fin et confiés à un aide.

Le chirurgien fait alors les deux lambeaux par transfixion, comme dans le premier cas.

Un procédé bien différent de celui d'Ali-Bey et qui convient très bien ici, est celui décrit par M. Saboia, dans son livre : *Leceves di Clinica chirurgica* (Presse médicale, 15 août 1903). Il consiste en deux incisions, partant du même point, l'anneau inguinal. L'une, la plus courte, se dirige de haut en bas et de dehors en dedans, vers l'angle péni-scrotal ; l'autre, semi-lunaire, à concavité interne va aboutir au raphé, près de l'anus. La masse éléphantiasique est enlevée comme précédemment, les testicules dégagés ainsi que les cordons. La suture prend la forme d'un Y. Ce procédé nous

paraît aussi simple et aussi recommandable que celui d'Ali-Bey.

3^e CAS. *Pénis caché*. — Parfois le pénis est enfoui au milieu de la tumeur et disparaît à la vue. Dans ce cas, on rejoint les deux incisions verticales, pratiquées comme précédemment (voir 2^e cas) par une incision transversale, et au milieu de celle-ci, sur le trajet supposé de la verge, quelques centimètres de tégument sont encore incisés.

b) *Eléphantiasis du scrotum et de la verge*. — Parfois aussi, le penis a subi lui-même la pachydermisation et fait corps avec tout le reste. Ici, il faut avoir recours au procédé de Delpech à trois lambeaux : un antérieur pour former un manchon à la verge, et deux latéraux pour les testicules et les cordons ou mieux encore au procédé de Partridge.

Avant d'y arriver, signalons l'hydrocèle simple ou double qui complique l'opération et est très fréquente. Une simple incision de la poche vaginale ne suffit pas, il faut en exciser une partie. Une complication plus rare, il est vrai, mais plus sérieuse, c'est la coexistence d'une hernie ; il faut nécessairement la réduire et la faire maintenir par un aide ; on lie ensuite le sac au niveau de l'orifice externe du canal inguinal pour l'exciser après.

L'hémorragie peut quelquefois constituer un accident formidable et il faut autant que possible lier les vaisseaux ou les comprimer au fur et à mesure qu'on les divise ; on peut aussi pendant l'opération confier le pédicule à un aide qui le serre ou se servir d'une bande de caoutchouc modérément serrée d'abord et dont la constriction serait augmentée, si besoin était, à l'aide d'un bâtonnet.

Ceci nous amène à parler du procédé de Partridge qui simplifie le mode opératoire et assure parfaitement l'hémostase.

Procédé de Partridge (de Calcutta). — C'est au docteur Roux (*Archives de Médecine navale*, 1879) que nous devons

les renseignements précis sur la manière d'agir de ce praticien éminent.

Le procédé comprend deux temps :

1^o Hémostase préventive ;

2^o Opération proprement dite.

1. La taille du malade est entourée par une forte ceinture en cuir, garnie de crochets auxquels sont fixés de longs rubans de fils.

L'opérateur prend ensuite une bande de caoutchouc non recouverte d'étoffe (l'application en est plus exacte) de grosseur variable et l'applique avec soin sur la tumeur. Ceci fait, il enserre le pédicule avec les rubans de fil et applique le tube d'Esmarch. Celui-ci une fois bien serré, il relève les chefs libres des rubans en les tendant fortement et les fixe aux crochets de la ceinture. Le tube se trouve ainsi solidement maintenu tout autour de la tumeur.

La bande de caoutchouc est retirée et l'opération commencée.

2. Pour dégager la verge, une sonde cannelée, solide, est enfoncée entre le prépuce et le gland sur la ligne médiane, en haut, et une incision met à nu l'enveloppe fibreuse de la verge jusqu'à la base de cet organe ; une incision semblable et de la même étendue est faite en bas. La verge se trouve donc isolée de toute la tumeur qui l'entoure.

Reste à isoler testicules et cordons.

Deux incisions sont pratiquées prudemment et découvrent les cordons et les testicules qu'on dégage et qu'on relève sur l'abdomen. Puis, par une incision circulaire, faite aussi près que possible du périnée, on réunit les incisions longitudinales.

On fend la tunique vaginale, car il y a toujours de l'hydrocèle. On lie les artères en relâchant les rubans un à un.

La tumeur une fois enlevée et les artères liées, ce qui exige souvent une bonne demi-heure, il reste une plaie assez peu étendue occupée par la verge, privée de ses enveloppes et par les testicules qui sont à nu ainsi que les cordons.

Pour les recouvrir et empêcher la peau qui borde la plaie de s'enrouler en dedans, plusieurs fils passés dans cette peau et la ramenant en dehors sont fixés à deux liens placés dans les aines de l'opéré et allant se rattacher à une ceinture.

Vingt-quatre à quarante-huit heures d'application suffisent. La plaie est simplement pansée. Le bourgeonnement se fait et en quatre à six semaines, la guérison a lieu avec un tissu cicatriciel formant un véritable suspensoir naturel. La verge a perdu de son volume, mais son érection est gênée par la cicatrice.

Aussi, nous estimons que cette opération sans grands inconvénients chez un vieillard, peut ne pas donner un résultat tout à fait satisfaisant chez un jeune homme et qu'il y a lieu en certains cas de ménager un fourreau à la verge et deux lambeaux aux testicules. Mais le plus souvent c'est l'état de la tumeur qui dicte le choix du procédé. Les différentes observations que nous publions à la fin de notre travail le prouvent bien.

Chez la femme, on opère l'éléphantiasis de la grande lèvre par un procédé analogue à celui du Professeur Partridge. (Observation XII).

Une question s'est longtemps posée qui a son importance ? Faut-il soumettre les malades à l'action du chloroforme, des anesthésiques en général ? Si les chirurgiens d'il y a trente ans hésitaient à employer l'anesthésie, ceux d'aujourd'hui, au contraire, après Curling, Frayrer, estiment qu'elle est indispensable dans la plupart des cas, pour éviter le shock opératoire. Toutefois, il sera prudent de ne pas la prolonger outre mesure et de faire sans son intervention les différentes sutures et la toilette de la plaie. (Obs. VI, VII, VIII, IX, X, XI.)

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le professeur VERNEUIL, thèse de Paris, 1879.
Mattelli, observation V.)

Eléphantiasis de la jambe traité par la compression élastique. Guérison persistante.

Debray (Marie-Hippolyte), âgé de seize ans, domestique, entre le 15 mai 1877, salle Saint-Louis n^o 4, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Verneuil. C'est un enfant de chétive apparence, mais néanmoins d'une bonne santé habituelle.

Point d'antécédents morbides. Il entre pour un développement considérable de la jambe gauche. La peau de ce membre malade est sur toute sa longueur de coloration très foncée, tandis que la jambe opposée est blanche. Au niveau du cou-de-pied, les téguments sont rugueux et nous voyons partir des stries qui se dirigent obliquement vers le bord externe du pied en longeant sa face dorsale; de plus, dans les régions malléolaires se trouvent quelques plaques blanchâtres à contour irrégulier, comme ulcérées par places et qui ressemblent à des plaques de vieil eczéma. Mais ce qui frappe le plus, c'est le volume du membre. La jambe gauche par son volume contraste avec celle du côté opposé et le pied lui-même est très volumineux et paraît comme gras. Si on veut savoir aux dépens de quels éléments s'est faite cette hypertrophie et que l'on tente de pincer la peau, on ne peut y parvenir.

La peau paraît partout d'une épaisseur extrême, profondément adhérente, masquant la face interne du tibia et empêchant l'exploration de la gouttière de l'artère tibiale postérieure et la saillie du tendon d'Achille. Aucun trouble de sensibilité.

Le membre sain et le membre malade ont été mesurés comparativement et avec les mêmes points de repère. Les mesures circonférentielles ont été prises : la première à 5 centimètres au-dessus de la rotule ; la deuxième, à 12 ; la troisième, à 17 ; la quatrième, à 35.

	Jambe gauche.	Jambe droite.
1 ^{re} mensuration....	29 centimètres	27 centimètres
2 ^e —	33 —	29 —
3 ^e —	32 —	25 —
4 ^e —	25 —	22 —

Voilà pour la jambe. Faisons remarquer que l'hypertrophie commence à l'origine même de la jambe et que, par conséquent, la cuisse n'est pas atteinte.

Pour le pied, deux mensurations ont été prises ; l'une passant par la pointe du calcanéum en arrière et par le cou-de-pied en avant, nous a donné : 34 centimètres à gauche, 31 à droite ; l'autre passant par le milieu de la face dorsale, 25 centimètres à gauche ; 21,5 à droite.

Malgré cette difformité, les fonctions du membre sont très bien conservées, la jambe est vigoureuse et les articulations du pied sont très libres.

Le malade raconte qu'il y a deux ans, pour la première fois, il a été pris d'une lymphangite. A cette première ont succédé un grand nombre d'autres, une cinquantaine, d'après lui, caractérisées par cinq ou six trainées rougeâtres, par de la douleur inguinale, par un frisson, de la fièvre persistant un jour à peine. Dès les premières atteintes, le membre commença à se tuméfier et la tuméfaction allait croissant après chaque poussée. La dernière lymphangite remonte à un an, mais la jambe et le pied ont néanmoins augmenté depuis.

En présence de ces symptômes, le diagnostic d'éléphantiasis des Arabes est porté et la compression élastique prescrite.

Chaque matin une bande élastique est roulée directement sur le membre depuis la pointe du pied jusqu'au genou, et, chose remarquable, le malade la supporté toute la journée sans le moindre malaise ou la

moindre douleur. Dès le lendemain de la première application, la peau est devenue plus souple et on peut la pincer sur plusieurs points. Le 24 juin, les hypertrophies papillaires ont diminué ou même disparu, en même temps que se présente un œdème partiel sur la face dorsale du pied.

L'amélioration va augmentant de jour en jour et voici comment le malade se présente à nous le jour de sa sortie (16 octobre 1877), soit quatre mois après le début du traitement : la jambe gauche, autrefois si volumineuse, est mince et effilée, le mollet a pour ainsi dire disparu et cette gracilité contraste avec la longueur du pied et avec la saillie considérable que fait en arrière le calcanéum. La peau qui est toujours brune n'est plus adhérente; plus de rugosités, plus de papilles, la sensibilité est aussi intacte que les fonctions du membre.

De nouvelles mensurations sont prises sur la jambe gauche, et les voici comparées à celles de la même jambe avant le traitement :

	Jambe après le traitement	Avant.
5 cm. au-dessus de la rotule..	26,5	29
12 — — — ..	27	33
14,5 — — — ..	28	34
17 — — — ..	26	32
35 — — — ..	21	25
Cou-de-pied et talon.....	31	34
Milieu du pied	21	25

Il résulte, et cela démontre la complète efficacité du traitement, que non seulement la jambe est devenue moindre, mais d'un moindre volume que la jambe saine.

Nous avons eu tout dernièrement l'occasion de revoir ce malade et et nous avons constaté que la guérison s'était maintenue.

OBSERVATION II

(Prise dans le service de M. le Professeur BROCA. Hôpital Necker.

Thèse de Paris, 1859 Matelli, obs. IX.)

Éléphantiasis de la jambe traitée par la compression élastique.

Une femme de vingt-cinq ans, couchée au n° 21 de la salle Saint-Jac-

ques, à l'hôpital Cochin, d'une bonne santé habituelle et dont les parents n'ont présenté au cours de leur existence aucune affection d'un genre voisin de celle que porte la malade, n'a pas été atteinte de maladie antérieure grave, si ce n'est une attaque de croup qui n'a pas nécessité toutefois l'opération de la trachéotomie.

Vers l'âge de quinze ans, la jambe gauche a commencé à devenir plus volumineuse que la droite, la peau était tendue et dure; cet état n'occasionnait aucune douleur et la malade marchait sans peine; à l'âge de seize ans, les règles ont paru pour la première fois et la menstruation, à partir de ce moment jusqu'à ce jour, n'a été troublée par aucun accident. La malade n'est pas mariée et n'a pas eu d'enfants.

Il y a deux ans, la jambe est devenue de plus en plus grosse sans déterminer des douleurs plus vives qu'auparavant; la tuméfaction augmentait et remontait sur la cuisse avec une assez grande rapidité. Quoique la marche ne fut pas pénible, la station debout fatiguait la malade.

La jambe et le pied ont été atteints, avant l'entrée de la malade à l'hôpital, de poussées inflammatoires, de lymphites, pour lesquelles des ventouses ont été appliquées et ont, au dire de la malade, donné issue à de la sérosité lactescente. Depuis ce moment, le pied éprouvait une sensation de froid et des chaleurs brûlantes parcouraient le membre, surtout la jambe qui avait été primitivement affectée.

Il y avait là ce que Hendy a décrit comme un accès.

Tous les traitements internes recommandés contre l'éléphantiasis avaient été mis en usage; comme traitement local, les médecins avaient eu recours aux frictions avec la pommade iodée et la teinture d'iode, d'après la pratique de MM. Cazenave et Shedel, la compression avait été ensuite employée, mais elle n'avait pu être tolérée par la malade. Le mal continuait à augmenter, la jeune femme est entrée à l'hôpital dans un bon état de santé toutefois et ayant acquis de l'embonpoint.

Le membre était envahi depuis les orteils jusqu'à la racine de la cuisse. La peau et le tissu cellulaire étaient indurés, tendus; ils ne conservaient point l'impression du doigt et il était impossible de faire un pli à la peau; celle-ci ne présentait aucune coloration anormale, elle

était seulement un peu rugueuse. L'altération du tégument et du tissu cellulaire envahissait déjà la région fessière.

Le 5 décembre, la ligature de l'artère fémorale a été faite dans l'étendue qui sépare l'origine de ce vaisseau de sa bifurcation en crurale et fémorale profonde.

L'opération et ses suites n'ont présenté aucun accident.

Dès les premiers jours, la tension des téguments a disparu, la circonférence du membre a diminué de 5 centimètres et, sous l'influence d'une compression méthodique appliquée cinq semaines après l'opération, la diminution de la tuméfaction continue.

Des bandes de flanelle enveloppent tout le membre depuis les orteils jusqu'au bassin; une bande en caoutchouc recouvre les premiers tours de bande et le membre ainsi disposé est environné par un bandage roulé avec des bandes de toile. Cet appareil est conservé de six à huit heures, suivant les dispositions de la malade, qui résiste plus ou moins à la gêne pénible que lui cause la compression. Lorsqu'elle ne peut plus la supporter elle desserre son bandage qui cesse alors de comprimer d'une manière efficace.

Aujourd'hui, la partie qui est en meilleur état est la demi-inférieure de la jambe; la peau a repris sa souplesse, on ne sent plus de points indurés, le pied est un peu plus dur. Au genou, les tissus commencent à reprendre leur consistance normale. A la vue, le membre paraît à peine plus volumineux que celui du côté sain. La circulation dans l'artère poplitée, rétablie sans doute, ne peut néanmoins être perçue au niveau des malléoles d'une manière évidente, soit parce que les battements sont faibles, soit parce que le tissu cellulaire, épaissi, n'est pas suffisamment revenu à l'état sain.

Comme on le voit, l'amélioration ne peut pas être rapportée seulement à la ligature de la fémorale, puisqu'après l'opération on a fait de la compression, pendant quatre mois, au dire de la malade.

Cette amélioration s'est maintenue pendant les six années qui ont suivi l'opération, la malade ne prenant d'autre précaution que celle de porter un bas élastique et un cuissard. Cependant, après cette époque, c'est-à-dire il y a huit ans et demi environ, les accès éléphantiasiques ont reparu et le membre s'est remis à grossir. Ces accès, qui apparaissent principalement en hiver, étaient caractérisés par du frisson, des

tremblements suivis de chaleur dans tout le corps, avec des rougeurs érysipélateuses dans le membre inférieur gauche, le tout disparaissant au bout de deux ou trois jours.

Il y a quatre ans, le membre ayant acquis un volume assez considérable pour gêner la marche, la malade a passé deux mois à la maison Dubois, et la compression faite exactement dans ce court espace de temps a donné une diminution de 7 à 8 centimètres de la circonférence du membre.

L'amélioration s'est maintenue tout le temps qu'a duré cette manœuvre, puis a disparu avec elle.

La malade entre à l'hôpital Necker le 10 mai 1878. Elle n'accuse aucune autre maladie antérieure. L'hypertrophie a envahi tout le membre, depuis les orteils jusqu'à la racine de la cuisse. La déformation est considérable comme on pourra en juger par les mesures circonférentielles, comparatives, du membre malade et du membre sain que nous donnerons plus loin.

Les articulations sont libres et la marche n'est gênée que par le poids du membre.

Aussitôt après l'entrée de la malade à l'hôpital, M. le Professeur Broca fit instituer la compression élastique.

La première mensuration, faite le 10 mai, nous a donné les résultats suivants :

	Jambe malade	Jambe saine
Milieu du pied.....	34 $\frac{1}{2}$	22
Cou-de-pied et talon.....	39	30
Bas de jambe.....	37 $\frac{1}{2}$	24
Mollet	58	41
Genou	72	41 $\frac{1}{2}$
Bas de la cuisse.....	67 $\frac{1}{2}$	47
Milieu de la cuisse	81	58
Haut de la cuisse	82	69

Le membre est entouré d'une couche assez épaisse d'ouate autour de laquelle on enroule une bande ordinaire; la bande élastique est appliquée sur ce premier bandage. Dès les premiers jours, il y a une diminution assez marquée de la circonférence du membre, en même temps

que la peau s'assouplit. L'amélioration va en augmentant de jour en jour. Voici des mensurations successives qui marquent les étapes de cette amélioration.

10 juillet 1878 :

Milieu du pied.....	26 cent.
Cou-de-pied et talon....	32
Bas de la jambe.....	34
Mollet.....	50
Genou.....	51
Bas de la cuisse.....	57
Milieu de la cuisse.....	69
Haut de la cuisse.....	79

2 décembre 1878 :

Milieu du pied.....	24 ½
Cou-de-pied et talon...	30
Bas de la jambe..	32
Mollet.....	46
Genou.....	45
Bas de la cuisse.....	49
Milieu de la cuisse.....	63
Haut de la cuisse.....	78

Ces chiffres prouvent que la partie supérieure de la cuisse n'a pas bénéficié autant que la partie inférieure et que la jambe, ce que l'on explique assez facilement par la difficulté que l'on éprouve à faire exactement la compression à ce niveau, et surtout parce que la malade déroule les premiers tours de bande aussitôt qu'elle ressent la moindre gêne.

Voici les dernières mensurations qui ont été faites :

	2 février 1878	30 mars 1878
Pied	25 cent.	24 cent. 1/2
Cou-de-pied et talon...	30 » 1/2	30 » 1/2
Bas de la jambe.....	29 »	27 » 1/2
Mollet.....	43 »	42 »

Genou.....	45 »	45 »
Bas de la cuisse.....	49 »	48 »
Milieu.....	63 »	63 »
Haut.....	78 »	78 »

La malade a quitté l'hôpital fin avril. A ce moment, la peau était redevenue souple, et si l'on compare les dernières mesures du membre malade à celles du membre sain, on verra que, sauf la partie supérieure de la cuisse, où la compression n'a pas été faite exactement, le reste ne s'éloigne pas beaucoup des dimensions normales.

OBSERVATION III

(Dr TRIBONDEAU, *Archives de médecine navale*, 1900)

Traitement de l'éléphantiasis par des injections intra-ganglionnaires de solution iodée. Amélioration très notable.

Piou, homme de quarante-un ans, habitant le district de Afareaïtou (île Mooréa), est atteint d'éléphantiasis du bras gauche, du membre inférieur droit et du scrotum.

La maladie a débuté, il y a six ans, par le membre inférieur droit. L'œdème n'est persistant que depuis deux ans; il est volumineux. Les accès de fièvre sont fréquents. Le triangle de Scarpa est rempli de ganglions. J'ai dû extirper l'un d'eux, plus gros qu'un œuf de poule, situé à l'angle inférieur du triangle et qui provoquait des douleurs dans tout le membre.

Le membre supérieur droit a été atteint il y a seize mois, mais le gonflement ne persiste que depuis dix mois. Cet œdème dur, encore assez peu développé, mais très net, car il a effacé tous les reliefs du membre (tendons, veines), augmente pendant le travail et devient alors douloureux. Le ganglion sus-épitrochléen a le volume d'une noix.

Une première poussée s'est déclarée au scrotum pendant la période de traitement.

Mensurations :

Membre supérieur droit.

- α) Circonf. du bras à deux travers de doigt au-dessus de l'épitrochlée..... 0^m 23
 β) Circonf. de l'avant-bras à sa partie moyenne..... 0^m 24
 γ) Circonf. de la main, le pouce étant en dehors..... 0^m 207

Membre supérieur gauche.

α) 0^m 319

β) 0^m 332

γ) 0^m 283

Les membres inférieurs et le scrotum sont peu hypertrophiés.

Examen du sang. — Pas de filaires.

Cultures. — Colonies de staphylocoque blanc obtenues avec le sang extrait d'une plaque de lymphangite.

Traitement. — Première injection intra-ganglionnaire de 1 centim. cube de solution iodée à 2 centim. cubes de teinture d'iode pour 100, le 7 juillet.

Le 12 juillet, les diverses circonférences ne sont plus que de 0^m 295, 0^m 343 et 0^m 267. Il y a donc eu environ 0,02 centimètres de diminution partout. Du 12 juillet au 14, je continue à faire une injection de 1 centim. cube tous les jours. Du 24 au 30, j'injecte 2 centimètres quotidiennement.

La circonférence du bras au niveau du ganglion, après une sensible augmentation du 14 au 17 juillet (0^m 31), n'a plus que 0^m 28 le 17 juillet, 0^m 27 le 20, 0^m 26 le 29.

Bref, à la suite du traitement, α a diminué de 0^m 059, β de 0^m 052, γ de 0^m 053.

En même temps, les douleurs ont disparu, et le malade a pu reprendre son métier de maçon, qu'il avait dû interrompre à cause d'elles.

OBSERVATION IV

(D^r TRIBONDEAU, *Archives de médecine navale*)

Eléphantiasis des membres traité par des injections intra-ganglionnaires de solution iodée. Amélioration sensible.

Marcantoni, homme de trente-six ans, Européen, habitant Houahivé

depuis près de vingt ans, est atteint d'éléphantiasis des membres inférieurs et du membre supérieur droit.

La maladie a débuté il y a quinze ans par le membre inférieur droit. La première poussée de lymphangite a été suivie d'œdème persistant. Puis, il y a quatorze ans, est venu le tour du membre inférieur gauche. Le bras droit, enfin, a été atteint il y a moins d'un an. L'avant-bras et le dos de la main sont envahis par un œdème dur, non dépressible. Il y a un tout petit ganglion, gros comme un haricot, dans l'aiselle droite. Le ganglion sus-épitrochléen du même côté a le volume d'une noisette; il est fusiforme, prolongé en haut et en bas par un cordon ayant comme lui une consistance ferme.

Mensurations :

<i>M. S. dr.</i>	$\alpha = 0^m 22$	$\beta = 0^m 26$	$\gamma = 0^m 23$
<i>M. S. g.</i>	$\alpha = 0^m 20$	$\beta = 0^m 215$	$\gamma = 0^m 185$

A étant la circonférence maxima du mollet.

B la circonférence du cou-de-pied.

C la circonférence du pied à sa partie moyenne.

Mensurations :

<i>M. I. dr.</i>	$\alpha = 0^m 44$	$\beta = 0^m 33$	$\gamma = 0^m 27$
<i>M. I. g.</i>	$\alpha = 0^m 42$	$\beta = 0^m 31$	$\gamma = 0^m 27$

Les chevilles sont très peu gonflées, parce que la malade porte des chaussures fortement lacées.

Examen du sang. — Pas de filaires.

Traitement. — Pendant trois jours, injection dans le ganglion sus-épitrochléen de 1 centim. cube d'une solution de 3 centim. cubes de teinture d'iode dans 100 grammes d'eau.

Diminution manifeste du gonflement :

$$\alpha = 0^m 22 \quad \beta = 0^m 238 \quad \gamma = 0^m 22$$

Donc, l'avant-dernière de ces dimensions est moindre de $0^m 02$, la dernière de $0^m 01$. Chaque injection déterminait une légère cuisson, d'ailleurs très passagère. Le malade a dû quitter Tahiti après trois jours de traitement.

OBSERVATION V

(Extirpation à froid des ganglions de l'aîne, par M. le Professeur DEMONS)

Eléphantiasis des pays chauds.

M. D., jeune homme de dix-sept ans, habitant Bordeaux, est originaire des Antilles (Basse-Terre-Guadeloupe). Il est atteint d'éléphantiasis de la jambe et de la cuisse gauches.

Antécédents héréditaires. — 1^o Père mort à quarante-deux ans d'accès pernicieux. Il aurait eu dans sa jeunesse quelques manifestations d'éléphantiasis qui auraient disparu rapidement par le repos et la méthode des scarifications linéaires.

2^o Mère vivante et bien portante. Rien à signaler parmi les collatéraux.

Antécédents personnels. — La maladie a débuté il y a douze ans par la jambe gauche et s'est cantonnée tout d'abord à ce niveau.

La première crise qui dura de cinq à sept jours, fut très violente et caractérisée par un frisson intense accompagné de fièvre (39 à 40°) et de lymphangite à la fois réticulaire et tronculaire. Les ganglions inguinaux étaient tuméfiés et douloureux. La station verticale provoquait de la douleur : le décubitus dorsal, au contraire, s'accompagnait d'une véritable sensation de bien-être.

Ces crises se renouvelèrent trois ou quatre fois par an jusqu'à l'âge de huit ans, puis s'espacèrent de plus en plus en diminuant d'intensité.

N'oublions pas de mentionner que toutes les poussées de lymphangite ont été précédées d'adénite.

A l'âge de douze ans, le jeune malade vient en France.

A la suite d'une grande fatigue, il a une faible crise.

Jusqu'à il y a quelques mois, il a été porteur d'un bas élastique. Cette compression lente et soutenue qui lui causait de la gêne n'a pas empêché l'éléphancie d'atteindre la cuisse jusqu'au triangle de Scarpa.

En 1906, on le soumet au traitement électrique qui ne donne aucun résultat appréciable.

Le 29 mars 1907, nouvel accès éléphantiasique, débutant par la tuméfaction des ganglions cruraux. Une certaine quantité de sang est prélevée à ce niveau et analysée. La lymphe est également soumise à l'analyse. On n'observe pas de microfilaire. Pas d'éosinophilie.

Voir, pour l'examen complet du sang et de la lymphe de notre malade, le *Caducée*, 17 août 1907, où M. le Professeur Le Dantec consigne ses recherches et la thèse inaugurale de notre excellent ami le Dr Baujean.

C'est alors que M. le Professeur Le Dantec, pensant que le foyer primitif de l'affection était dans les ganglions en proposa l'extirpation comme opération radicale.

En mai 1907, deux mois après l'accès, le jeune malade entre à l'hôpital de Tastet-Girard et M. le Professeur Demons pratique chez lui l'extirpation des ganglions inguinaux. Ces ganglions au nombre de huit ne contiennent que des coccodiplocoques.

(Pour les détails de l'examen bactériologique, voir aux mêmes sources que plus haut).

Etat actuel. — Janvier 1908.

Au dire du jeune malade dont nous avons recueilli nous-mêmes les impressions, il est sensiblement meilleur.

1° Tout d'abord, le gonflement de la cuisse a diminué au point que la différence entre les deux membres n'est point appréciable pour cette région. Les téguments ont la souplesse habituelle. Les saillies rotuliennes et condyliennes deviennent manifestes à la vue, le creux poplité s'accuse.

2° En même temps au niveau du cou-de-pied, la peau a perdu de sa dureté. Elle se laisse pincer par le doigt. Le pied supporte plus aisément une chaussure étroite.

3° Le malade peut aujourd'hui faire une longue course avec beaucoup moins de fatigue qu'auparavant. Le gonflement qui s'ensuit est de même inappréciable.

4° Le même soulagement qui autrefois n'était obtenu qu'après cinq ou six nuits de repos complet est aujourd'hui le résultat d'une seule nuit.

5° Toutefois n'oublions pas d'ajouter que, au niveau de la jambe, il n'y a aucun changement, aucune amélioration.

OBSERVATION VI

(Opération faite par MM. JOURDAN et BUFFON. *Archives de médecine navale*, 1897)

Eléphantiasis du scrotum. Oschéotomie par la méthode d'Ali-Bey.

Le grand-père du roi des Tanalas (Madagascar), vient nous présenter un éléphantiasis énorme du scrotum. L'allure du malade est timide. Il traîne péniblement son fardeau qui lui pend jusqu'aux genoux. Presque honteux, le marasme et le découragement sont empreints sur son visage. Il ne veut plus vivre. Il est venu de loin, du fond de la forêt (Tanala), vers la civilisation, pour lui demander ses bienfaits.

Le malade est âgé : approximativement on peut lui donner soixante-cinq ans. Interrogé au point de vue de ses antécédents, il raconte que la même monstruosité a été observée dans sa famille ; son neveu présente aussi un éléphantiasis. Il semble donc y avoir une tare héréditaire.

A l'examen de la tumeur, on remarque qu'elle affecte la forme d'une énorme gourde bien pédiculée. L'aspect de la peau est verruqueux. Nous nous trouvons donc bien en présence de l'éléphantiasis verruqueux du scrotum, décrit par Corre dans le *Traité des maladies des pays chauds*. La verge a absolument disparu, englobé par les tissus de nouvelle formation. Un sillon, ou plutôt une galerie s'est creusée sous la peau et laisse suinter un liquide d'odeur ammoniacale nous indiquant le chemin que suit l'urine pour se faire jour au dehors. Nous verrons quel service nous rendra cette galerie dans l'investigation de la verge. Notons en passant l'hypoesthésie, pour ne pas dire l'anesthésie, de toute cette peau verruqueuse ; les mouches, quand le malade découvre sa tumeur, se posent en abondance tout autour de l'orifice creusé, à la base de la tumeur, et le malade ne semble pas y prendre garde. Le diagnostic n'offrait donc aucune difficulté. Mais nous avons hésité quelques jours, avant de nous décider à intervenir par une opération sanglante. L'oschéotomie est, en effet, une opération de longue haleine, qui n'est pas exempte de dangers. Personne n'ignore les inconvénients d'une hémorragie en nappe ou d'une lymphorragie dans une région où chaque veine,

chaque vaisseau lymphatique est distendu et hypertrophié par le processus éléphantiasique. De plus, le malade est un vieillard et nous craignons les suites pulmonaires d'un décubitus dorsal trop prolongé.

Enfin, après avoir pris l'avis de M. le Dr Besson, résident de France, au sujet de la force de résistance des individus de cette tribu, nous nous décidons à opérer le 20 octobre.

Pratiquer l'anesthésie eût été trop dangereux chez ce vieil athéromateux, nous y renonçons.

Opération. — La toilette préliminaire faite, nous traçons une première incision droite, d'environ quatre centimètres, sur le trajet du cordon. Les téguments sont très résistants et crient sous le couteau; à une profondeur de trois centimètres environ, un boudin présentant l'aspect d'une anse intestinale fait hernie à travers la plaie opératoire. Après ponction à la seringue de Pravaz et aspiration d'un liquide citrin, nous reconnaissons la présence de lymphocèle de la tunique vaginale, qui, comme on le sait, coïncide ordinairement avec l'éléphantiasis du scrotum.

Nous ouvrons largement la vaginale, qui laisse sortir environ un litre de liquide; le testicule est énucléé, puis remis en place et remonté en haut dans la direction de l'orifice du canal inguinal. Une incision identique est pratiquée à gauche. De ce côté, la tunique vaginale est moins distendue par le liquide; aussi la recherche du testicule est-elle plus laborieuse. Nous y arrivons cependant et opérons comme du côté droit.

Le deuxième temps de l'opération offre quelques difficultés. Dans la recherche de la verge, il faut éviter la blessure de l'artère dorsale et du canal de l'urèthre. Une sonde cannelée est introduite dans la galerie sous-cutanée jusqu'au moment où elle vient buter contre un obstacle qui ne peut être que le sillon balano-préputial. En effet, après la dissection des téguments, nous découvrons le gland qui ne présente aucune altération. Une nouvelle incision réunit l'extrémité inférieure des deux premières.

Le malade supporte très courageusement cette opération. Cependant à un moment, le pouls faiblit et une syncope imminente nous oblige à interrompre l'opération et à faire une injection d'éther. Nous administrons également du vin chaud et de l'alcool, qui réchauffent notre opéré, l'hémorragie est assez considérable. Nous faisons l'hémostase au fur et

à mesure des besoins, car nous craignons de voir la tunique vaginale se remplir de sang; c'eût été un danger sérieux étant donnée la distension de cette poche et l'impossibilité où on était de se rendre compte de l'hémorragie. Enfin, nous achevons de sectionner le pédicule de la tumeur en suivant ses contours.

Nous pensions au début de l'opération pouvoir conserver les testicules, mais en voyant l'allongement qu'avait pris le cordon (20 centimètres environ) et l'atrophie de la glande, nous n'hésitâmes nullement, M. le Dr Buffon et moi, à sacrifier les testicules.

D'ailleurs, en pareil cas, le testicule moral importait peu, le malade ignore s'il possède les attributs de la virilité et c'est un vieillard aux cheveux blancs.

Il pourra marcher, se promener encore dans la forêt et il verra sa verge, cachée à sa vue depuis treize ans, c'est tout ce qu'il désire.

Un procédé ingénieux, que nous avons suivi, consiste à traverser avec une aiguille de voilier la tumeur par sa base, avec une cordelette et à la suspendre à une poulie. Il permet de mobiliser la tumeur au gré de l'opérateur.

L'opération commencée à dix heures du matin se terminait à trois heures. La réaction fut presque nulle (38 degrés de fièvre pendant un jour). Actuellement, le Tanala est complètement guéri et nous allons le renvoyer dans sa tribu.

OBSERVATION VII

(Docteur AUDIAU, *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1902)

Opération de l'éléphantiasis du scrotum.

Vers la fin du mois de juin 1899, on amena devant le commandant du cercle de Bobo-Dioulasso, un homme d'une trentaine d'années, porteur d'un éléphantiasis énorme. Après avoir demandé au malade s'il consentait à ce que je l'opère, ce qu'il accepta, je priai le commandant du cercle de vouloir bien me le confier.

Examen de la tumeur. — C'est une tumeur pyriforme dont la base

est reliée au scrotum en faisant un pédicule, dure au toucher, mate, percée à sa partie inférieure d'un orifice par où s'écoule l'urine; elle est volumineuse, la partie inférieure dépasse sensiblement les genoux; quand le sujet se tient debout et que nous lui disons de rapprocher le plus possible les pieds, il existe entre eux un écart de 65 à 70 centimètres environ; il marche les jambes fortement écartées. Nous estimons le poids de la tumeur à 8 kilogrammes environ. L'opération nous donne raison, car nous avons enlevé 7 kil. 500 de tissu. Pas de signes d'hydrocèle. Pas d'ulcérations sur la peau. Il est impossible de diagnostiquer le siège des testicules; le malade ne sent rien à la palpation. Le début de cette affection remonterait à deux ans.

Je l'opérai le 29 juin 1899, en suivant les grandes lignes de la méthode indiquée par Corre.

1. *Hémostase préventive.* — J'enroulai une bande d'Esmarch autour de la base du scrotum en serrant assez fortement; je n'eus que peu de sang pendant l'opération qui dura deux heures et demie.

2^o Un infirmier indigène donna le chloroforme. Je passe d'abord, à l'aide d'un trocart courbe, un double fil de soie à travers la partie inférieure de la tumeur, afin de la suspendre, pour que le maniement en soit plus facile; mais je ne comptais pas sur son poids, qui fit casser le fil dès les premiers coups de bistouri.

3^o *Lambeau pénien et isolement de la verge.* — Sur l'index gauche, que je mis dans l'ouverture par où s'écoulait l'urine, je fis une incision à la peau jusqu'à la rencontre du gland (ce dernier se trouvait à 5 centimètres de l'ouverture); j'introduis alors une sonde métallique dans le canal de l'urèthre, de l'extrémité de la première incision, j'en fis deux autres perpendiculairement à elles et ayant chacune 6 centimètres de long; enfin de l'extrémité de chacune de celle-ci, j'en fis une autre perpendiculaire, ayant de 11 à 12 centimètres. Mon lambeau pénien était constitué, je n'avais plus qu'à l'isoler et à le rabattre en haut, ce qui n'offrit aucune difficulté.

Me servant de la sonde comme guide, j'isolai également l'urèthre et les corps caverneux, perdus au milieu d'une masse grasseuse, dont ils n'étaient séparés que par une mince aponévrose.

4^o *Lambeaux latéraux.* — Des extrémités du lambeau pénien, je fis deux incisions à convexité inférieure, qui s'unirent à 4 centimètres

environ en avant de l'anus. La recherche des testicules constitua la partie la plus laborieuse de l'opération ; ils étaient noyés, ainsi que les cordons, au milieu d'une abondante masse graisseuse qu'il fallut disséquer peu à peu. Les deux testicules étaient complètement atrophiés ; ils avaient la grosseur d'une petite noisette ; les cordons avaient leur volume normal. Devant cette atrophie manifeste je n'hésitai pas à pratiquer la castration, après avoir lié solidement les cordons.

6° *Excision de la tumeur.* — Je dus procéder par morcellement, le volume et le poids de la tumeur étant par trop considérables ; j'eus très peu d'hémorragie. La peau faisait corps avec le tissu morbide ; je dus amincir les lambeaux pour avoir une mobilisation facile.

6° *Affrontement.* — J'entourai la verge avec le lambeau pénien, que je suturai suivant une ligne dont le prolongement se confondait avec le repli périnéal ; ce qui restait du scrotum fut suturé à la partie latérale et postérieure du lambeau pénien ; à l'encontre des sutures du lambeau pénien avec la région scrotale, je laissai une petite ouverture pour le passage d'un drain. En avant, je suturai la partie externe du lambeau pénien, aminci au préalable à sa partie interne, sur tout le pourtour du gland. Le fourreau était ainsi complètement formé. Lavage au sublimé, pansement iodoformé. Le soir, l'opéré avait une température presque normale : 37°5. Dès le lendemain, il se mit à manger comme d'habitude.

Ne possédant pas de sonde en gomme, pour en mettre une à demeure, je priai le malade de m'avertir chaque fois qu'il voudrait uriner ; avec la sonde métallique, je le sondais tous les jours, de sorte que le pansement ne fut jamais souillé. Urines toujours claires.

Huit jours après, le drain fut enlevé, ainsi que les points de suture de la région scrotale. Le lambeau pénien ne fut complètement cicatrisé et le malade ne put se lever qu'un mois après.

Six mois après environ, le 25 décembre 1899, quand je quittai le poste de Bobo-Dioulasso, je revis mon malade, il était en parfaite santé et pouvait travailler.

OBSERVATION VIII

**Eléphantiasis nostras. — Oschéotomie par M. le P^r DEMONS.
Guérison. — (Mai 1906)**

André Fondeville entre dans le service de M. le Professeur Demons, à Tastet-Girard, en mai 1906, envoyé par M. le Professeur Le Dantec. Il est âgé de 52 ans et exerce la profession de tonnelier. Né à Portets, près Langon, il n'a pas quitté les environs de Bordeaux.

Son père est mort à la suite de brûlures aux jambes. Sa mère est morte du diabète.

Antécédents personnels. — A signaler, de 4 à 8 ans, une adénite sous-maxillaire suppurée, qui sera plus tard cause de la mise à la réforme du malade au moment du Conseil de révision.

A l'âge de 16 ans, premier accès de fièvre tierce qui le prend tous les deux jours, le soir à huit heures. Cette fièvre disparaissait quelques mois plus tard.

A 23 ans, il est patron tonnelier à Bordeaux. C'est à cette époque que remonte le premier accès d'éléphantiasis avec fièvre assez élevée, rougeur et gonflement du scrotum.

Depuis, le scrotum a augmenté par poussées inflammatoires successives (2 accès la 1^{re} et la 2^e année accompagnés de frissons et rougeur s'étendant à la verge et suivis, le lendemain, d'une sensation de chaleur et de lourdeur très pénible), pour arriver à présenter en mai 1906, le volume d'une tête d'adulte.

Avant d'entrer à Tastet-Girard, le malade reste un mois dans le service de M. Le Dantec qui le soumet au traitement par le repos et la compression élastique et lui procure ainsi un soulagement très notable.

Pour l'examen complet du sang et de la lymphe, consulter Thèse du Docteur Baujean, 1908, Bordeaux.

A cette époque (en mai 1906), la partie inférieure du scrotum dans la station verticale, arrive à mi-cuisse. L'éléphantiasis n'est pas localisé seulement à cette enveloppe, mais la dépasse et atteint la verge

qu'elle entoure complètement. L'érection est cependant possible et même facile.

D'une façon générale, la peau du scrotum est rosée, sillonnée de veicules variqueuses turgescents. Elle présente, par endroits, des placards plus rouges où l'on remarque une fine desquamation épidermique.

La verge n'a pas totalement disparu au milieu de la masse éléphantiasique. La peau de toute la région atteinte, est dure au toucher, épaissie, et cet épaississement augmente, d'autant plus qu'on s'approche de la limite inférieure du scrotum.

Les testicules, s'ils ne se dessinent pas dans la station verticale, paraissent sains.

L'examen très attentif de toute cette région, permet de porter en outre, le diagnostic d'hydrocèle congénitale double, et peut-être même, de pachy-vaginalite chronique.

Rien à signaler dans les urines,

L'état général du malade est bon.

Les fonctions génitales du malade sont encore conservées.

Donc, notre malade entre à l'hôpital de Tastet Girard (mai 1906) pour se débarrasser de son infirmité.

Le même mois, M. le professeur Demons pratiquait l'oschéotomie.

La bande élastique n'est pas appliquée, la tumeur pouvant être mobilisée assez facilement. L'incision est faite en peau saine. Pour mettre complètement à nu la verge, M. le professeur Demons pratique un volet à sa partie supérieure. La verge étant ainsi disséquée, la peau du prépuce est sectionnée à quelques centimètres en avant du gland, de façon toutefois à en laisser autour de la gouttière balano-prépuce une mince collerette.

Les testicules sont dégagés. L'hydrocèle ponctionnée. La cure radicale en est ensuite pratiquée.

L'hémorragie est considérable.

L'intervention se termine par la réfection d'un scrotum et d'une enveloppe à la verge.

Trois semaines plus tard, tout est cicatrisé.

Le malade revu, il y a trois jours, est en bon état. Il nous déclare qu'il a pu reprendre son travail sans inconvénients.

OBSERVATION IX

Eléphantiasis nostras. Oschéotomie.

(Observée par le Docteur J. COURTIN, chirurgien de l'hôpital St-André
et C. CLÉJAT, interne des hôpitaux).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales, 30 sept. 1906.

Jean L..., entre dans le service de M. le Dr Courtin, le 30 avril 1906 envoyé par M. le Dr Gachet. Il est âgé de cinquante-huit ans, et exerce la profession de forgeron. Originaire du Béarn, depuis sa jeunesse il n'a pas quitté les environs de Bordeaux.

Son grand-père maternel et ses deux frères auraient été atteints de la même affection. Le malade déclare avoir eu de tout temps, le testicule gauche très gros, d'un volume double du droit. Il s'agissait là d'une hydrocèle congénitale, qui fut cause d'une mise à la réforme du malade au moment du conseil de révision.

A signaler encore dans les antécédents personnels, à l'âge de vingt-un ans, une blennorrhagie qui ne fut pas compliquée d'orchite.

Jusqu'en 1903, le scrotum conserve le volume d'un poing d'adulte. Depuis, il a augmenté progressivement par poussées inflammatoires successives pour arriver à présenter maintenant le volume d'un gros œuf d'autruche. Actuellement dans la station verticale, la limite inférieure du scrotum atteint les condyles fémoraux, et, dans cette position on remarque que l'éléphantiasis est nettement localisé à la partie du scrotum qui est comprise au-dessous du pôle inférieur des testicules.

D'une façon générale, la peau du scrotum est rosée, sillonnée de veines variqueuses turgescents. Elle présente par endroits, et surtout à la partie inférieure, des placards plus rouges où l'on remarque une fine desquamation épidermique.

La verge n'a pas disparu au milieu de la masse éléphantiasique.

Toute la partie antérieure rosée du scrotum contraste avec la partie postérieure qui a conservé sa coloration normale. La peau est dure au

toucher, épaissie, et cet épaississement augmente d'autant plus que l'on s'approche de la limite inférieure du scrotum.

Les testicules augmentés de volume se dessinent nettement dans la station verticale, le gauche surtout, car ils ne sont plus emprisonnés dans la masse éléphantiasique. Ils sont très durs. Quant à l'épididyme, il est bosselé et douloureux.

La palpation permet de constater également la présence d'un varicocèle double, surtout accentué à gauche. L'examen attentif de toute cette région permet de porter en plus le diagnostic d'hydrocèle congénitale double et peut-être même de pachyvaginalite chronique.

A noter enfin l'existence d'une hernie inguinale double surtout bien manifeste à gauche; les ganglions inguinaux sont normaux.

L'examen du canal urétral a été pratiqué et a permis de reconnaître un léger rétrécissement de l'urèthre membraneux.

Rien à signaler dans les urines.

L'état général du malade est bon.

Les fonctions génitales du malade se sont conservées jusqu'en 1904.

Le malade est entré à l'hôpital Saint-André pour se débarrasser d'une infirmité qui lui cause une gêne énorme, surtout au moment des chaleurs.

Nous nous trouvons en présence d'une tumeur complexe des bourses : hydrocèle double congénitale, varicocèle double, hernie inguinale double, le tout accompagné d'un état éléphantiasique très intense.

Comme notre malade n'a jamais quitté les régions tempérées, son état éléphantiasique paraît être lié d'abord à la ptose scrotale constituée par les hernies, l'hydrocèle double et le varicocèle gauche. Cet éléphantiasis paraît dépendre aussi de poussées successives de lymphangite scrotale, produites elles-mêmes par le frottement incessant des vêtements sur le scrotum distendu. Le malade accuse en effet des démangeaisons intenses qui ont amené des lésions de grattage, surtout évidentes à la partie inférieure du scrotum.

La stase veineuse des parois scrotales pourrait également entrer en ligne de compte dans la pathogénie de cet éléphantiasis.

Le 8 mai 1906, M. le Dr Courtin, chirurgien de l'hôpital Saint-André, pratiquait l'oschéotomie.

L'incision est faite en peau saine. L'hémorragie n'est pas très consi-

dérable. On rencontre à gauche une pachyvaginalite chronique étouffant complètement le testicule et nécessitant son ablation par suite de l'impossibilité de la décortication.

L'hydrocèle droite est ponctionnée : il s'écoule un liquide jaune citrin ; M. le Dr Courtin, pratique la cure radicale de l'hydrocèle droite en passant une compresse sur la vaginale, en éversant cette vaginale, puis en abrasant une partie : un surjet de catgut referme cette vaginale.

L'intervention se termine par la cure radicale de hernie inguinale double. Le malade, revu au mois de septembre, est en bon état et il nous déclare qu'il a pu reprendre sans inconvénients ses occupations de forgeron.

OBSERVATION X

(Recueillie par M. le Docteur Roton, médecin aide-major de deuxième classe, médecin résident à l'hôpital Ballay (Guinée française), et due à l'obligeance de M. le Professeur Le Dantec).

Eléphantiasis du scrotum. — Opération. — Guérison.

Le malade Iliassa Kamara, d'origine Foulah, est âgé de trente ans environ. Il vient de Souguéta, envoyé à l'hôpital par le médecin des Travaux-Neufs du chemin de fer, le Dr Doreau.

Il présente une tumeur éléphantiasique du scrotum énorme, descendant jusqu'au tiers inférieur de la jambe dans la position debout et d'une épaisseur telle que quand il est accroupi par terre, elle lui sert de table pour son plat de riz.

Elle a mis, nous dit-il, cinq ans à se développer.

Il marche avec peine, les jambes écartées et la tumeur rejetée en arrière. La peau des aines, de l'abdomen et du thorax est violemment tirée.

L'orifice préputial se trouve à deux travers de main en dessous du pubis, et l'on n'aperçoit son gland que quand il est en érection, dans la position accroupie.

Le pédicule de la tumeur est assez volumineux et les deux mains

l'embrassent difficilement. La configuration générale de la peau est celle d'une peau de pachyderme avec quelques points de sphacèle à la partie inférieure et sur les côtés. La face postérieure de la tumeur est absolument plate. Cette forme spéciale est due à la position de repos continue qu'elle a quand l'individu est couché ou assis.

Les fonctions génitales existent encore, mais le coït lui est devenu impossible.

Après huit jours de repos et de suralimentation, on décide l'opération en date du 21 juillet 1907.

Le malade est chloroformé et couché sur la table d'opération. On place à grand peine la bande d'Esmarch.

La tumeur est traversée de part en part par une grosse aiguille d'acier fondu de 0^m,50 de long et de 1 centimètre de diamètre à la base. Les téguments opposent une telle résistance que l'on est obligé d'employer le maillet pour introduire l'aiguille dans la tumeur soutenue par une corde passée dans la poulie du plafond.

Le malade est placé ensuite dans la position obstétricale.

Les temps de l'opération sont les mêmes que dans l'opération du Foulah Amadou Hourî.

La tumeur amenée en bas, la verge est dégagée d'abord et l'on garde une longueur de 10 centimètres de collerette préputiale. Il est à remarquer en effet que la peau du prépuce à cet endroit est presque intacte, elle fera un fourreau de la verge parfait. Ceci étant terminé, on cherche les testicules, profondément, après avoir enlevé plusieurs lanières de la tumeur à leur niveau, la main fouille en décollant les tissus imbriqués qui forment la tumeur. Le testicule trouvé, on dégage le cordon jusqu'au canal inguinal. La vaginale est absolument intacte sans hydrocèle, sans chylocèle, sans épaissement. Le testicule, lui aussi, est normal. Le crémaster allongé existe encore. Verge et testicules, tout est ramené sur l'abdomen dans une compresse. C'est le temps de l'amputation dans lequel il faut ménager un lambeau pour réfectionner le scrotum.

La tumeur est placée horizontalement et avec un couteau à amputation, on pratique la section des tissus.

Malgré la bande d'Esmarch, il se produit une hémorragie assez

abondante : les artères de néoformation de la tumeur donnent en quantité ; il nous faut placer douze pinces hémostatiques.

Ensuite les tissus éléphantiasiques qui encombrent le lambeau sont disséqués et enlevés jusqu'au ras des muscles du périnée. Les artères sont liées, l'hémostase des petites veines est faite par un lavage à l'eau très chaude.

La collerette préputiale est rabattue sur la verge, qu'elle habille presque en entier. Le lambeau postérieur, relevé de bas en haut et en avant recouvre parfaitement les testicules. On suture son bord libre à la peau qui recouvre le pubis et à la base de la collerette. On place un petit drain à la partie déclive de la tumeur.

On fait une injection de deux litres de sérum normal pendant et après l'opération.

La tumeur pesée et mesurée donne les chiffres suivants :

Poids, 35 kilog. 500.

Hauteur, 52 centimètres.

Largeur, 45 centimètres.

Épaisseur, 25 centimètres.

Le lendemain, tout va bien, le pouls est bon, bien frappé, pas de fièvre, le malade mange avec appétit sa ration de riz. Pas d'hémorragie.

Deux jours après on enlève le pansement. Quelques caillots formés dans le scrotum sont évacués par un lavage à l'eau boriquée chaude.

Au bout de quelques jours se forment des points de sphacèle qui se comblent assez vite dans la suite. Les fils sont enlevés, et la cicatrice se forme lentement, sans suppuration aucune.

Il sort guéri le 28 septembre 1907.

Il a repris ses fonctions génitales et peut coïter normalement de bas en haut et d'avant en arrière.

Les jambes sont restées quelque temps encore écartées, puis peu à peu il a repris la marche et la course normales. Il a engraisé notablement, et sa figure exprime la joie d'une telle transformation : il va pouvoir contenter ses trois femmes.

OBSERVATION XI

(Même source que la précédente).

Éléphantiasis du scrotum. — Opération. — Guérison.

Il s'agit d'un foullah, nommé Ammadou Houvi, âgé de quarante ans environ. Il nous fut envoyé à l'hôpital de Conakry par l'administrateur de Boké, auquel il s'était adressé pour le débarrasser de la tumeur que nous allons décrire.

C'est un éléphantiasis du scrotum volumineux, en forme de grosse poire, descendant à un travers de main au-dessous du genou, dans la position debout. Le diamètre transversal en est tel, que le malade est obligé, pour marcher, d'écarter démesurément les jambes et de renvoyer la tumeur d'un genou sur l'autre. La peau des parties abdominales et du thorax est tirée violemment par le poids de l'éléphantiasis et occasionne une gêne sérieuse au malade. Au toucher, c'est une masse gélatineuse et mollassse, sans aucune consistance. La verge et les testicules ont complètement disparu dans la tumeur. A l'extrémité inférieure existe un orifice par où sort l'urine. Une sonde entre parfaitement et se perd dans une sorte de diverticulum formé par la peau du prépuce démesurément allongée.

Nous décidons l'opération le 22 mars 1907. Le malade est placé sous chloroforme, et nous appliquons la bande d'Esmarch au pédicule de la tumeur. A l'aide d'une grosse aiguille, celle-ci est traversée de part en part par une corde qui passe ensuite dans une poulie située au plafond de la salle d'opération. Ceci nous permettra le maniement facile de la tumeur pendant l'opération. A l'aide d'un couteau passé dans le diverticulum signalé plus haut, nous sectionnons les tissus jusqu'à la verge, que nous dégageons ensuite en enlevant à la partie supérieure un volet jusqu'au pubis. La verge disséquée, nous sectionnons la peau du prépuce à quelques centimètres en avant du gland, de façon à laisser autour de la gouttière balano-préputiale une petite collerette de peau.

Les testicules sont dégagés ensuite et, chose rare, nous ne trouvons pas d'hydrocèle. Verge et testicules sont relevés sur le ventre. Par une circulaire passant à un travers de main en avant du périnée, nous sectionnons toute la tumeur de façon à laisser un lambeau postérieur en forme de poche. A cet endroit, la peau est souple et mince et nullement éléphantiasique. La bande d'Esmarch est enlevée et nous pratiquons l'hémostase. Puis la verge est rabattue en avant et les testicules placés au fond de la poche formée par notre lambeau. Nous suturons alors l'extrémité inférieure du lambeau au frein de la verge et grâce à la collerette de peau que nous avons ménagée, il nous est possible de confectionner le fourreau de la verge. Les deux parties latérales du lambeau sont donc rabattues en haut sur le dos de la verge et suturées. Un drain est placé au niveau du frein et le pansement est fait.

Pendant trois jours il se produit une hémorragie insignifiante puis la poche s'étant rempli de caillots, nous faisons sauter quelques points de la suture médiane pour la vider et empêcher toute infection. Au bout de huit jours, l'évacuation est terminée, quelques coups de curette avivent les deux lèvres de la suture médiane, qui sont rapprochées par un fil profond. La cicatrisation s'est accomplie parfaitement sans suppuration. Le 28 avril tout est terminé.

Ainsi, grâce à ce procédé du lambeau postérieur, nous avons pu éviter : 1^o L'hémorragie en nappe toujours dangereuse après application de la bande d'Esmarch ; 2^o Nous n'avons pas eu le danger d'infection que présente le procédé de Partridge et somme toute nous avons pu réfectionner un scrotum et un fourreau de verge. Il est évident que nous n'aurions pas pu faire usage du lambeau postérieur si nous n'avions eu affaire à un tissu souple et non éléphantiasique, mais enfin dans le cas présent, nous avons eu la chance de pouvoir l'employer.

La tumeur pesée aussitôt après son ablation, nous a donné un poids de 11 kil. 500.

OBSERVATION XII

(Dr MONDON. *Archives de médecine navale*, 1892.)

Eléphantiasis des grandes lèvres.

Le 25 janvier 1891, la sœur supérieure de l'hôpital des asiatiques à

Pnom-Penh me montre une femme qui porte une forte tumeur volumineuse aux parties génitales.

Antécédents. — Cette femme est une esclave Cambodgienne que ses maîtres ont abandonnée. Elle serait âgée de vingt-neuf ans. Son père et sa mère seraient morts à la suite d'accidents. Aucun de ses parents n'a présenté de maladies analogues. A Banam, où elle habitait, elle n'avait jamais vu d'affection de cette sorte. Là, cependant, tous les indigènes mangent beaucoup de poissons, boivent de l'eau du fleuve, des marais. Il y a beaucoup de moustiques.

Pour elle, rarement malade, elle a vu débiter sa maladie à l'époque de la menstruation (quinze ans). Sur la grande lèvre gauche, elle aurait eu un bouton et de très vives démangeaisons. Elle aurait eu en même temps des accès de fièvre quatre fois par an.

Cette femme est assez bien constituée, a les seins bien formés. Aucun ganglion n'est augmenté de volume. Sur la peau des jambes et de l'abdomen, on voit des cicatrices ou brûlures arrondies qui lui ont été faites suivant l'habitude des guérisseurs Cambodgiens pour la débarrasser de son infirmité.

Examen de la tumeur. — Entre les jambes de la malade, on voit un énorme globe couvert de tubercules de différentes grosseurs, depuis la grosseur d'une pomme reinette jusqu'à celle d'un petit pois. A première vue, cette masse semble unique, mais en examinant mieux, on la voit composée de deux tumeurs correspondant aux lèvres droite et gauche.

La tumeur de la grande lèvre droite paraît surtout en avant, elle est globuleuse, se continue en haut avec la peau du mont de Vénus, de l'aîne, de l'abdomen, peau tellement tiraillée qu'elle présente trois déchirures. Quelques poils recouvrent le mont de Vénus. La partie inférieure ou libre débordé en avant et en arrière sur les genoux, de chaque côté. La face interne occupant le quart du volume est lisse, en rapport avec l'autre tumeur et la face interne de la cuisse et du genou gauche.

Les dimensions de cette première tumeur sont :

Hauteur : 0^m 45.

Diamètre transverse : 0^m 51 ; antéro-postérieure : 0^m 42.

Circonférence à la partie inférieure : 1^m 62.

La consistance est très dure à la partie inférieure ; elle l'est moins à la partie moyenne. Il semble même qu'il existe là une sorte de fluctua-

tion gélatineuse. Après l'opération, la partie de la tumeur enlevée pesait 19 kil. 400.

La deuxième tumeur, celle de la lèvre gauche, est celle qui aurait paru la première, mais elle est bien moins volumineuse et a été refoulée par le développement de la tumeur droite.

Elle est visible en arrière où elle fait saillie et est aplatie et tordue sur son pédicule. Sa face antéro-interne, qui répond à la tumeur droite est lisse. Sa face postéro-externe est recouverte de tubercules. Son grand diamètre vertical atteint 0^m 30 et affecte vaguement la forme d'un énorme pied à pointe dirigée en haut, large de 0^m 28 à la partie inférieure.

Après l'opération, cette tumeur pesait 5 kil. 350. En écartant les deux tumeurs, on aperçoit tout au fond la vulve; les petites lèvres semblent rudimentaires; le méat urinaire n'est nullement dévié. La femme est vierge.

Opération. — Je me décide à l'opérer. Le 30 janvier, je procède à l'ablation de la tumeur droite.

Toutes les précautions antiseptiques sont prises : l'infirmier administre le chloroforme. Deux ponctions sont faites dans les points fluctuants et ne donnent issue à aucun liquide.

Je trace un lambeau ne comprenant que la surface interne lisse. La dissection en est pénible. Disséquant de bas en haut, je découvre un tissu blanc jaunâtre, semblable à du lard, à trame très serrée.

A la partie supérieure, poursuivant le plus haut possible le tissu morbide, je découvre une hernie, qui n'étant plus soutenue, tend à sortir. J'applique, contre elle, un tampon serré, de gaze iodoformée, que je maintiens à l'aide de fils métalliques traversant la base du lambeau. Débarassées de leur doublure, les surfaces cruentées sont affrontées bien exactement par deux plans de suture en boutons.

Enfin, une suture entre-coupée, en fil de soie, rapproche les bords superficiels de la plaie.

L'opération et les sutures ont demandé deux heures trente. La réduction et le maintien de la hernie ont demandé environ plus de la moitié de ce temps. L'extirpation de la deuxième tumeur est remise à plus tard.

Ablation de la deuxième tumeur. — Le 17 mars, j'opère la deuxième tumeur.

L'opération est plus facile ; j'y vois plus clair et je peux mobiliser la tumeur. Je taille dans la partie dépourvue de tubercules, deux lambeaux en forme de croissants, à concavité postérieure.

Point d'incidents pendant l'opération. La réunion se fait par première intention. Le 25 mars, la femme débarrassée de son fardeau de 50 livres, peut circuler et vaquer à de multiples occupations.

Aujourd'hui, la réunion est complète ; la lèvre gauche a une forme à peu près normale, la lèvre droite a son bord sinueux, elle est un peu irrégulière. La hernie est bien réduite et ne montre aucune tendance à reparaitre ; une petite opération suffirait pour rendre l'aspect extérieur des organes génitaux plus régulier.

Douze mois après l'opération, les tumeurs n'ont point de tendance à récidiver.

CONCLUSIONS

Nous pensons, tout d'abord, que l'éléphantiasis étant une maladie microbienne, à évolution lente, toutes les recherches sérieuses doivent désormais se porter du côté du traitement de cette affection par un sérum spécifique.

Le traitement prophylatique, qui est incontestablement l'un des meilleurs, reste l'apanage de la classe aisée.

Quant au traitement médical, nous croyons encore que s'il peut être efficace au début, il restera sans effet plus tard. Aussi faut-il traiter le mal quand il est à la période lymphangitique.

Une fois la période de transformation fibreuse hypertrophique (Corre) établie, le traitement, quelqu'il soit, reste palliatif et l'éléphancie est alors justiciable de l'intervention chirurgicale. L'opération est bénigne et les résultats immédiats excellents.

En ce qui concerne le pronostic lointain, il est favorable dans la plupart des cas et si nous ne pouvons affirmer la guérison définitive, du moins pouvons-nous prétendre à une guérison prolongée et à un soulagement d'autant plus certain, que l'intervention aura été pratiquée plus tôt.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

A. DEMONS.

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 14 janvier 1908.

Le Recteur de l'Académie :

R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1811. ALARD. — Observations sur l'éléphantiasis des Arabes.
1869. ALI-BEY. — Thèse de Paris.
1903. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*.
1886. *Archives de médecine navale*.
1879. *Archives de médecine navale*.
1880. *Archives de médecine navale*.
1892. *Archives de médecine navale*.
1897. *Archives de médecine navale*.
1900. *Archives de médecine navale*.
1907. *Archive für schuffs und tropfen hygiène*.
1908. BAUJEAN. — Pathogénie de l'éléphantiasis. Thèse de Bordeaux.
1879. BENTLEY. — Du traitement de l'éléphantiasis des Arabes.
1886. BRASSAC. — *Dictionnaire encyclopédique*. Paris.
1907. BROcq. — *Dermatologie pratique*.
1892. *Bulletin de thérapeutique*.
1907. *Caducée Le.* (Août).
1855. CLOT-BEY. — Mémoire de la Société de Chirurgie. T. IV.
1889. CROsKEY. — Amputation de cuisse pour éléphantiasis. *Times, Reg. Phila*, XX.
1828. DELPECH. — Chirurgie clinique de Montpellier, P. II.
1854-55. DUCHASSAING. — Etude sur l'éléphantiasis des Arabes. *Archives générales de médecine*, 1854-1855. T. IV et V.
1903. ELDER. — Eléphantiasis and its Treatment. Edimb. M.-J. Décembre.
1906. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*.
1869. GODARD. — Egypte et Palestine.
1873. GOURAUD. — Etude sur les causes, les symptômes et le traitement de l'éléphantiasis des Arabes. Thèse de Paris.
1879. GROSLEY. — Eléph. jambe. Ligature. Guérison. *Bristish. Méd. Journ.*

1891. HELFERICH. — Cure chirurgicale de l'éléphantiasis. *Bulletin de Chi. rurgie*. Milano.
1906. KULIN. — A clinical lecture and. thérap. of. éléphantiasis. *Méd-Press. Circ.* London.
1906. *La semaine médicale*, 19 décembre.
1905. LE DANTEC. — Précis de pathologie exotique.
1879. MAZAÉ-AZÉMA. — Traité de lymphangite endémique des pays chauds.
1874. MAURIS ASSISOUZA. — Mémoire sur l'éléph. du scrotum.
1879. MATELLI. — Eléph. des Arabes et trait. par la compression élastique. Th. de Paris.
1859. MESTRE. — Essai sur l'éléph. des Arabes.
1879. MONCOROO ET DA SILVA ARANJO. — Sur le trait. de l'éléph. des Arabes par l'emploi simultané des courants. *Compte rendu de l'Académie des sciences*.
1886. MULLIER. — Eléph. du membre supérieur. Amputation. Guérison. *Arch. méd. Brux.*, XXIX.
1892. PARK. — Eléph. Arabum. *Méd. news*, Philad.
1884. PATRICK MAUSON. — Mémoire. *Archiv. de méd. navale*, 1884.
1892. POULET. — Bulletin général de thérapeutique, Paris.
1903. *Presse médicale*.
RHAZÈS. — *Liber medicinæ*, vol. IX.
1879. ROUX. — Procédé du docteur Partridge. *Arch. de méd. navale*.
1879. STEPHEN. — Traité de l'éléphant. par la compression élastique. *In British. med. Journ.*
1907. *The Journal of Tropical medecide and hygiene*, Août.
- 1903-04. Thèse de Paris. *Canet*.
1890. THIRIAR. — Eléphantiasis des deux jambes. Double amputation. *Presse médicale Belge*, XLII.
1868. — VAUZETTE. — *Bulletin de la Société de chirurgie*. T. VIII, 4^e série.
- 1856-57. VULSSIAN. — Note sur anat. pathologiç. et traitement de l'éléphantiasis des Arabes. *Compte-rendu des sciences et mém. de la soc. de biologie*, T. III.

